

XXIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados

23rd International Nursing
Research Conference



2019

Barcelona

20 al 22
de Noviembre

20th - 22nd November 2019

#inves19

Colaboran:
Collaborate:



Patrocinan:
Sponsor:



ISBN: 978-84-09-17153-8

Edita: Instituto de Salud Carlos III

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). Madrid, 2019.

¡Márcalo en tu calendario!
Mark in your calendar!



<https://encuentros.isciii.es/pamplona2020/>

Mesa de Comunicaciones 1: Manejo del dolor

Concurrent Session 1: Pain management

AUTORES/AUTHORS:

Marta García Carrera, Beatriz Pérez Benito, Verónica Velasco González

TÍTULO/TITLE:

Bomba de infusión intratecal implantable: evaluación de la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico

Objetivo: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con dolor crónico no oncológico tras la implantación de la bomba de infusión de morfina intratecal.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, en la Unidad del dolor de Valladolid. Se incluyeron 25 pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 90 años, con dolor crónico no oncológico y portadores de bomba de infusión intratecal en tratamiento con morfina. Se excluyeron aquellos que presentaron alteraciones cognitivas y un tiempo de implantación inferior a 6 meses.

Las variables del estudio fueron: intensidad del dolor (EVA), calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), dosis analgésica, pre- y postimplantación de la bomba de infusión intratecal, efectos secundarios y complicaciones del tratamiento.

Tras obtener el consentimiento informado, se procedió a recoger los datos mediante un cuestionario autoadministrado basado en los cuestionarios validados "Short form-36 Health Survey (SF-36)" y "EuroQol-5D (EQ-5D)" (1,2) y la revisión simultánea de la historia clínica. Dicho cuestionario consta de 4 escalas que se corresponden con las dimensiones de la CVRS (capacidad funcional, función emocional, función social y percepción de salud), entendiéndose calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como "el valor asignado por las propias personas a su vida en algunos aspectos físicos, psíquicos y sociales; es decir, componentes de la salud en los que influyen experiencias, creencias, expectativas y percepciones de la persona" (3). Cada una de las escalas se puntúa en función de cuatro niveles de gravedad (1= Mala, 2= Aceptable, 3= Satisfactoria y 4= Muy buena), referidas siempre a dos momentos: previa y postimplantación (antes y ahora). Se realizó el análisis comparativo de los datos obtenidos pre- y postimplantación de la bomba mediante la prueba T-Student, considerando un nivel de significancia de $p \leq 0,05$.

Resultados: El 76% de los participantes fueron mujeres, la edad promedio fue $71,92 \pm 13,05$ años. La patología álgica más frecuente fue el síndrome postlaminectomía (28%), seguido de estenosis de canal y poliartritis (24% respectivamente). El tiempo de implantación promedio fue $6,78 (\pm 4,50)$ años. Previa implantación el 48% de los pacientes tomaban más de 3 fármacos para el tratamiento analgésico. Los analgésicos consumidos fueron opioides mayores (76%), seguidos de analgésicos no opioides (60%) y por último opioides menores (28%). Además, un 68% precisó de fármacos coadyuvantes. Tras la implantación de la bomba de infusión, la dosis diaria promedio de morfina intratecal fue $1,50 \pm 0,97$ mg. Los resultados mostraron que existen diferentes combinaciones farmacológicas de infusión intratecal, las cuales añaden fármacos que potencian o complementan la acción de la morfina. La combinación más frecuente fue morfina con bupivacaina (64%).

Cabe destacar que, tras la implantación de la bomba de infusión intratecal, el 40% de los participantes requieren analgesia oral de rescate de forma ocasional, siendo los analgésicos no opioides los más empleados (77,78%).

Un 48% de los participantes sufrieron efectos secundarios relacionados con la administración de morfina intratecal: prurito (4%), estreñimiento (16%), retención aguda de orina (16%), náuseas (8%) y sudoración profusa (4%). Además, se detectó que un 20% de los participantes presentaron complicaciones: fistula de LCR (8%), disfunción del dispositivo (8%) y malposición de la bomba (4%). Todas ellas fueron solventadas y tan sólo la malposición de la bomba requirió reintervención quirúrgica.

La autoevaluación de la intensidad de dolor medida a través de la escala visual analógica (EVA), considerando 10 puntos como el peor dolor imaginable y 0 la ausencia de dolor, situó la EVA inicial en un promedio de $9,44 \pm 0,87$ y la EVA final en un promedio de $4,04 \pm 2,24$ lo cual fue estadísticamente significativo ($p < 0,05$). El 72% de los participantes obtuvieron una reducción de la intensidad del dolor igual o superior al 50% con respecto a la intensidad inicial.

La CVRS viene determinada por las siguientes variables:

-Capacidad funcional: Previa implantación la capacidad funcional promedio fue $2,04 \pm 0,75$ (Capacidad funcional aceptable) y tras la implantación $3,01 \pm 0,68$ (Capacidad funcional satisfactoria), lo cual fue estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

-Función emocional: previa implantación el 80% de los participantes reconoció sentirse desanimado y falto de vitalidad siempre o casi siempre, mientras que tras el inicio con el tratamiento tan solo un 20% refirió seguir sintiéndose de esta manera.

El estado de ánimo promedio antes del tratamiento mediante la bomba de infusión intratecal fue $2,04 \pm 0,89$ (estado de ánimo aceptable) y después $3,16 \pm 0,52$ (estado de ánimo satisfactorio). La prueba T-student mostró que existe una diferencia significativa ($p < 0,05$).

-Función Social: el 84% de los pacientes refirió sentirse limitado por el dolor para realizar actividades sociales siempre o casi siempre previa implantación. Por el contrario, tras la implantación, el 40% se vio limitado para realizar actividades sociales a veces y el 32% nunca. La calificación promedio antes y después del tratamiento fue $1,88 \pm 0,79$ y $3,02 \pm 0,85$ respectivamente. La diferencia fue significativa ($p < 0,05$).

-Percepción de salud: el 20% de los participantes calificaron su estado de salud y calidad de vida previa implantación como regular y el 80% como mala. Sin embargo, tras el inicio del tratamiento a través del dispositivo intratecal el 64% puntuaron su estado de salud y calidad de vida como satisfactoria. La puntuación promedio antes del tratamiento intratecal fue $1,20 \pm 0,40$ (mala percepción de salud) y después $2,56 \pm 0,67$ (percepción de salud aceptable). A pesar de ello, la prueba T-Student mostró que no existe una diferencia significativa en la percepción de salud pre- y postimplantación ($p > 0,05$).

Tras realizar el análisis de las calificaciones finales obtenidas, se halló una CVRS inicial promedio de $1,79 \pm 0,60$ (CVRS mala), mientras que la CVRS tras el tratamiento mediante la bomba de infusión de morfina intratecal fue $2,94 \pm 0,54$ (CVRS aceptable). La prueba T-student indicó que, existe una diferencia estadísticamente significativa en la calidad de vida de los pacientes, tras el inicio del tratamiento con morfina mediante bomba de infusión intratecal con respecto al tratamiento convencional.

Discusión: El dolor crónico no oncológico (DCNO) constituye la causa más frecuente de sufrimiento y discapacidad ya que produce una afectación multidimensional de la calidad de vida, generando importantes repercusiones y limitaciones en los aspectos físicos, psíquicos, sociales y económicos (4). Por ello, surge la necesidad de investigar sobre la eficacia y seguridad de nuevas estrategias terapéuticas para el control del dolor. La analgesia intratecal se desarrolla como una nueva opción terapéutica para aquellos pacientes en quienes no han sido efectivos otros tipos de tratamientos y para quienes están sometidos a altas dosis de fármacos y/o sufren importantes efectos secundarios.

Existen muchas coincidencias entre los resultados obtenidos en este estudio y los publicados. Sin embargo, son pocos los autores que se centran en el estudio de la calidad de vida de los pacientes:

En 1996 Winkelmüller y Winkelmüller (5), realizaron un estudio de carácter retrospectivo en el que evaluaron los efectos a largo plazo de la analgesia intratecal, mostrando una disminución en la intensidad de dolor, mejora en la calidad de vida, nivel de actividad y función emocional. Otro estudio más reciente llevado a cabo por Narváez et al. (6) evidenció una reducción significativa tanto en la intensidad de dolor como en el nivel de discapacidad, así como una mejoría de la calidad de vida a los 6 meses postimplantación. Son muchos los estudios que han evidenciado que la analgesia intratecal produce una reducción significativa en la intensidad del dolor (5–9) y por tanto un mejor control del dolor a largo plazo tanto para el dolor crónico no oncológico, como para el dolor de etiología oncológica.

Otro aspecto a tener en cuenta es la dosis de opioides orales o transdérmicos, así como la dosis de morfina intratecal. Los resultados muestran un descenso en el consumo de analgésicos orales y/o transdérmicos con respecto al momento preimplantación; sin embargo, un pequeño porcentaje precisa de analgesia oral de rescate para el dolor de tipo irruptivo. Algunas publicaciones (7,9) reflejan también este descenso en el consumo de analgésicos. En cambio, se advierte un incremento progresivo con el paso del tiempo de la dosis de opiáceos intratecales. Este aumento de la dosis puede deberse al fenómeno de la tolerancia, aunque también podría influir la progresión y la severidad de la enfermedad crónica. El opiáceo más utilizado en la infusión intratecal es la morfina debido a que mantiene la concentración en el LCR durante periodos de tiempo prolongados y no difunde a la circulación sistémica. Si bien es cierto que, en muchas ocasiones se utiliza en combinación con anestésicos locales como la bupivacaina, pues el uso de la terapia combinada podría ser mejor que la monoterapia dada la complejidad de los mecanismos del dolor (10).

Según el sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (11), el grado de recomendación de estos dispositivos es 1C; es decir, recomendación fuerte, aunque la evidencia es de baja calidad, ya que procede mayoritariamente de estudios observacionales.

Por último y aunque que no sea ámbito de este estudio, es necesario subrayar que existen investigaciones (12) que han demostrado la relación coste-efectividad de la analgesia intratecal mediante bomba de infusión implantable en pacientes con dolor crónico no oncológico.

Las limitaciones de este estudio fueron el pequeño tamaño muestral, el error de recuerdo por su carácter retrospectivo, la influencia negativa que ejercen sobre las variables la progresión de la enfermedad crónica y el paso de los años en la edad avanzada, así como ciertas enfermedades concomitantes, y el tiempo de implantación que fue muy variable.

Como fortalezas, el cuestionario utilizado para la recogida de datos está basado en escalas validadas, aunque se trata de un estudio observacional y por ello aportar una evidencia de baja calidad, la mayor parte de la evidencia disponible sobre estos dispositivos proviene de este tipo de estudios. Además, muestra una opción terapéutica desconocida por muchos profesionales de enfermería, y los resultados obtenidos pueden respaldar el grado de recomendación de esta estrategia terapéutica y así mejorar la práctica asistencial, ofreciendo cuidados de calidad y basados en la evidencia científica.

Desde el punto de vista de la práctica clínica, el abordaje del DCNO debe ser integral y multidisciplinar debido su complejidad. El profesional de enfermería resulta ser el elemento clave, no sólo en las unidades del dolor, sino también en el resto de los ámbitos de la atención sanitaria: constituye el nexo entre el equipo terapéutico, el paciente y la familia, proporciona cuidados que incrementan la capacidad de autocuidado y por tanto la autonomía del paciente, proporciona apoyo emocional, vigila los posibles efectos adversos, administra la medicación prescrita, lleva a cabo los cuidados postquirúrgicos, etc.

La investigación sobre los efectos que produce este tratamiento sobre los pacientes con DCNO, puede suponer que más pacientes puedan beneficiarse del mismo, pudiendo así incrementar su calidad de vida. Y, por último, desde la perspectiva económica, se deduce una disminución de los costes derivados del dolor crónico mal controlado.

Finalmente, los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* abril de 2005;19(2):135-50
- 2.Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQoL-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001;28(6):425-9
- 3.López-Silva MC, Sánchez de Enciso M, Rodríguez-Fernández MC, Vázquez-Seijas E. Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria. *Rev Soc Esp Dolor.* 2007;14:9-19
- 4.Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev Soc Esp Dolor.* 2004;11:260-9
- 5.Winkelmüller M, Winkelmüller W. Long-term effects of continuous intrathecal opioid treatment in chronic pain of nonmalignant etiology. *J Neurosurg.* 1996;85(3):458-67
- 6.Narvárez Sarmiento IM, Hernández Santos JR, Tenopala Villegas S, Jiménez Ramos A, Car-dona Hurtado G, Torres Huerta JC. Bomba de infusión intratecal implantable en pacientes con dolor crónico. Evaluación de la discapacidad y la calidad de vida. *Rev Soc Esp Dolor.* 2010;17(6):268-73
- 7.Atli A, Loeser JD, Theodore BR, Turk DC. Intrathecal Opioid Therapy for Chronic Nonmalignant Pain: A Retrospective Cohort

Study with 3-Year Follow-Up. Pain Med. 2010;11(7):1010-6

8.Thimineur MA, Kravitz E, Vodapally MS. Intrathecal opioid treatment for chronic non-malignant pain: a 3-year prospective study. PAIN. 2004;109(3):242-9

9.Deer T, Chapple I, Classen A, Javery K, Stoker V, Tonder L, et al. Intrathecal Drug Delivery for Treatment of Chronic Low Back Pain: Report from the National Outcomes Registry for Low Back Pain. Spine J. 2002;2(4):274-8

10.Deer TR, Caraway DL, Kim CK, Dempsey CD, Stewart CD, McNeil KF. Clinical experience with intrathecal bupivacaine in combination with opioid for the treatment of chronic pain related to failed back surgery syndrome and metastatic cancer pain of the spine. Spine J. 1 de julio de 2002;2(4):274-8

11.Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. Rev Chil Infectol. diciembre de 2014;31(6):705-18

12.Kumar K, Hunter G, Demeria DD. Treatment of chronic pain by using intrathecal drug therapy compared with conventional pain therapies: a cost-effectiveness analysis. J Neurosurg. 2002;97(4):803-10

AUTORES/AUTHORS:

Lucía Costas Sanz, Beatriz Fernández Mestre, María del Carmen Urbano Lobo, Marta Carnés Pérez, María de los Ángeles Rodríguez Martínez, Náyade del Prado González, Francisco García García, Ismael Ortuño Soriano, Daniel Muñoz Jiménez

TÍTULO/TITLE:

La valoración del dolor neonatal asociada a intervenciones terapéuticas y medidas antiálgicas en la práctica clínica

INTRODUCCIÓN

Pese a los grandes avances alcanzados en las Unidades de los Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) para el valoración y control del dolor, la exposición de los prematuros a numerosos procedimientos durante su estancia es una realidad cuyos efectos en el desarrollo y estado de salud del niño, tanto a corto como a largo plazo, han sido descritos y continúan siendo investigados. El dolor y el estrés neonatal afectan al neurodesarrollo manifestándose en etapas posteriores, pudiendo afectar posteriormente a la conducta y produciendo cambios permanentes en el procesamiento del dolor (1).

Los cuidados basados en la evidencia apoyan el uso de escalas validadas para la valoración del dolor y de medidas no farmacológicas como el contacto piel con piel, la contención, la reducción de estímulos (reducción de ruido y luz) y la mínima manipulación y/o agrupación de las intervenciones siempre que sea posible. También destacar que la música en UCIN está obteniendo resultados muy prometedores como coadyuvante de sedación y ansiolítico. No obstante, pese a que múltiples escalas han demostrado ser válidas para la evaluación del dolor neonatal, son insuficientes las evidencias que recomienden cuál de ellas es la más adecuada (2). Asimismo, la combinación de diferentes manipulaciones, junto al uso de distintas medidas antiálgicas bajo el principio de mínima manipulación, hace difícil saber con exactitud el alcance de los beneficios reales de dichas medidas en el dolor de los pacientes neonatales. Durante su estancia en una UCIN los prematuros están sometidos a una media de 14 intervenciones dolorosas al día (3). Son necesarias más y mejores evidencias relacionadas a la atención del dolor que garanticen unos cuidados neonatales seguros y de alta calidad.

OBJETIVO

El objetivo principal del presente estudio fue describir las intervenciones terapéuticas y medidas antiálgicas asociadas a valoración del dolor al inicio de cuidados (durante las primeras 24 horas de estancia) en pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Secundariamente a este objetivo se establecieron otros, como conocer la práctica habitual en lo referente a la forma y frecuencia de las manipulaciones o intervenciones, así como la frecuencia de uso de las medidas no farmacológicas llevadas a cabo por la enfermería en el momento del ingreso en la unidad neonatal. Como objetivo secundario, describir las intensidades máximas de dolor en la valoración al inicio de los cuidados.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. La población fueron todos los pacientes ingresados en Unidad de Neonatología de un hospital de tercer nivel del Servicio Madrileño de Salud. El criterio de selección de sujetos para la constitución de la muestra fue la fecha de alta de la unidad, siendo incluidos aquellos cuya alta estuvo comprendida entre enero 2017 y mayo 2019. Los profesionales de la Unidad recogieron los datos asociados a la máxima intensidad de dolor detectada al inicio de los cuidados (durante las primeras 24 horas de estancia).

Las variables utilizadas, fueron previamente determinadas por consenso de un grupo de profesionales de la unidad, a partir de la cual se desarrolló una base de datos "ad hoc" de la que se extrajeron y depuraron los datos para su posterior análisis. Las variables sociodemográficas descritas fueron unidad (intensivos/medios), sexo y edad gestacional. Las variables clínicas fueron intensidad del dolor al inicio de los cuidados, intervención terapéutica y medida antiálgica asociada. La intensidad se evaluó mediante la escala Premature Infant Pain Profile (PIPP). La PIPP es una escala de medida multidimensional muy aceptada en niños a término y pretérmino por tener en cuenta la edad gestacional e incluso está aceptado su uso en niños postoperados (4). Las intervenciones terapéuticas realizadas fueron cambio de pañal, cambio postural, analítica, punción talón para extracción de muestra sanguínea, canalización de vena periférica, medline y vía central, aspiración de secreciones tanto por nariz, faringe y/o tubo endotraqueal, intubación y radiografía. Por último las medidas antiálgicas descritas fueron contención (sujeción de la cabeza y los miembros del niño por parte del profesional que lo asiste o por sus padres, adoptando una postura de flexión), succión nutritiva con leche materna (LM) y/o sacarosa (administración de LM y/o sacarosa de forma oral con jeringa, preferiblemente con succión, dos minutos antes del procedimiento) (5), la succión no nutritiva (estimular el reflejo de succión a través de chupetes, dedo o pezón no lactante, minutos antes de la intervención, y durante la misma) y farmacológica (6). En prematuros la eficacia se observa en la respuesta inmediata al dolor y en neonatos tanto en la respuesta inmediata como en la respuesta global.

Para el análisis estadístico las variables cuantitativas se describieron mediante el cálculo de mediana y rango intercuartílico (RI) y las variables categóricas mediante frecuencias absolutas y relativas. Para el estudio de la correlación de variables se empleó el índice de Spearman, aceptando una significación estadística de $p < 0,05$. Para el análisis se empleó el programa estadístico STATA.

RESULTADOS

La muestra obtenida fue de 370 neonatos, cuya distribución por sexos fue de 46,6% mujeres y 53,4% hombres. Según la edad gestacional 11,8% (≤ 27 semanas), 12,1% (28-31 semanas), 36,3% (32-37 semanas), 39,8% (≥ 38 semanas).

La intensidad máxima de dolor tuvo una mediana de 3 (RI=2-5) no mostrando diferencias entre sexos, aunque sí mostraba una relación inversamente proporcional a la edad gestacional (Spearman $\rho = -0,43$; $p < 0,001$) siendo de 6 (RI=5-8) en ≤ 27 semanas, 3 (RI=3-5,5) en 28-31 semanas, 3 (RI=2-4) en 32-37 semanas y 3 (RI=1-4) en ≥ 38 semanas. Las intervenciones fueron: cambio pañal (62,1%), cambio postural (51,1%), analítica (36,2%), punción talón (27,3%), vía periférica (21,6%), radiografía (19,1%), vía central (15,9%), aspiración (8,1%), intubación (8,1%), medline (3,2%), punción lumbar (2,9%), cura (1,3%).

La valoración del dolor se realizó no asociada a intervención en 5,9% de los casos, asociada a una sola intervención en el 30,5%, dos intervenciones 22,7%, tres 15,4% y cuatro o más 25,4%, siendo 9 el máximo de intervenciones simultáneas. Las combinaciones de intervenciones más frecuentes fueron: cambio de pañal + cambio postural (13,7%), cambio de pañal + cambio postural + analítica (5,1%), cambio de pañal + cambio postural + punción de talón (3,5%). Las medidas antiálgicas fueron: contención (71,6%), succión no nutritiva (53,7%), sacarosa (51,6%), farmacológica (6,4%), canguro (6,2%). Las combinaciones más frecuentes fueron: sacarosa + succión no nutritiva + contención en 110 (29,7%), solo contención 45 (12,1%), contención + succión no nutritiva 40 (10,8%) y contención + sacarosa 32 (8,6%). En un 16,2% de los casos no se aplicó ninguna medida antiálgica, una medida (19,7%), dos (27%), tres (32,1%) y cuatro (4,8%).

DISCUSIÓN

Tras la obtención y análisis de estos resultados puede observarse que la valoración y manejo del dolor neonatal es un proceso de gran complejidad en la práctica asistencial diaria puesto que se ve fuertemente condicionado la influencia de numerosas variables como pueden ser: la familia, la situación clínica y características del neonato, la aplicación de las diferentes medidas antiálgicas tanto de manera individual como combinada.

En el presente estudio, según recogen los datos, no se aplicó ninguna medida antiálgica en un 16,2% de los casos, resultado llamativo puesto que la realización de dichas medidas se lleva a cabo de forma sistemática en todos los casos, lo que puede inducir a pensar en un sesgo de registro. Las intervenciones más realizadas fueron cambio de pañal y cambio postural, debido a que se realiza cada tres horas por protocolo interno de la unidad, previo a las tomas, siempre que no haya una contraindicación. Estos resultados coinciden con resultados de una reciente revisión de estudios observacionales sobre procedimientos dolorosos en neonatología (7).

Existe abundante evidencia científica que ha mostrado que la utilización de medidas antiálgicas farmacológicas y no farmacológicas durante la realización de intervenciones y manipulaciones favorece la disminución de la intensidad del dolor en los niños (8). Sin embargo, no son tan ampliamente conocidos sus efectos en combinación, a fin de valorar su coste-beneficio para el paciente neonatal. Por ello, resulta de interés plantear nuevos estudios que permitan valorar si la realización simultánea o combinada de procedimientos bajo principios de mínima manipulación puede presentar puntos críticos sobre la intensidad del dolor que puedan plantear nuevas hipótesis en la valoración y manejo del dolor neonatal.

Un manejo efectivo del dolor representa un indicador importante de la calidad del cuidado de un recién nacido. Es fundamental sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la repercusión del dolor en estos pacientes, la valoración con escalas adecuadas, el uso de medidas no farmacológicas para disminuirlo todo lo posible y el registro de la información en la historia clínica (9). Finalmente destacar que con el manejo no farmacológico, podemos influir en la respuesta inmediata al dolor, reactividad al dolor, duración de la sensación de dolor y componente ansioso del dolor.

El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. El autor expresa su agradecimiento al Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. El Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs. Los autores manifiestan no tener conflictos de interés

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Valeri BO, Holsti L, Linhares MB. Neonatal pain and developmental outcomes in children born preterm: a systematic review. *The Clinical journal of pain*, 2015; 31(4), 355-362.
2. Carter B, Jones P. Evidence-based comfort care for neonates towards the end of life. *Semin Fetal Neonat Med*, 2013; 18: 88-92
3. Hall RW, Anand KJS. Short-and long-term impact of neonatal pain and stress: more than an ouchie. *NeoReviews*, 2005; 6(2): e69-e75.
4. Stevens B, Johnston C, Petryshen P, Taddio A. Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. *The Clinical journal of pain*, 1996; 12(1): 13-22
5. Simonse E, Mulder PG, van Beek RH. Analgesic effect of breast milk versus sucrose for analgesia during heel lance in late preterm infants. *Pediatrics*, 2012; 129(4): 657-663.

6. Aldás Carrillo Y. Dosis efectiva de sacarosa para el control del dolor en neonatos sometidos a procedimientos dolorosos. *Rev Ecuat Pediat*, 2007; 8(2): 5-13.
7. Cruz MD, Fernandes AM, Oliveira CR. Epidemiology of painful procedures performed in neonates: a systematic review of observational studies. *European Journal of Pain*, 2016; 20(4): 489-498.
8. Hatfield LA, Murphy N, Karp K, Polomano RC. A systematic review of behavioral and environmental interventions for procedural pain management in preterm infants. *Journal of pediatric nursing*, 2019; 44: 22-30.
9. Anand KJS. Pharmacological approaches to the management of pain in the neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 2007; 27(S1), S4.

AUTORES/AUTHORS:

MELTEM YILDIRIM, ROSARIO ARIAS BENITEZ

TÍTULO/TITLE:

The sociodemographic and work-related factors which cause underestimation of pain among nurses: A systematic review

Introduction: Pain underestimation among nurses is a phenomenon which directly affects the quality of pain assessment and its management. Literature findings demonstrate that there are differences between the pain perception of patients and its estimation by their nurses which show that nurses tend to underestimate patient's pain intensity (Davoudi, Afsharzadeh, Mohammadalizadeh ve Haghdoost 2008; Gunningberg ve Idvall 2007; Hovi ve Lauri 1999; Idvall, Berg, Unosson ve Brudin 2005; McKinley ve Botti 1991; Puntillo ve ark. 1997; Puntillo, Neighbor, O'Neil ve Nixon 2003). These findings support the main question of this systematic review which is investigating the sociodemographic and work-related factors which cause underestimation of pain among nurses in order to understand the origin of this phenomenon to be able to create preventive actions for a better pain management.

Objective: This study was aimed to analyze the sociodemographic and work-related factors which cause underestimation of pain among nurses.

Methods: The literature research of this systematic review was conducted in databases including PubMed, Science Direct, Cochrane Library, and Google Scholar. Primarily, we included studies whose subjects were health professionals who take care of adult, conscient and oriented patient population with pain. In addition, only peer-reviewed articles published in English between 2008 and 2019 were included in the search. The search terms used were "pain", "pain underestimation", "pain management", "pain measurement", "pain perception", "pain judgements" combined with terms related to "nurse" and "patient". Following this search strategy, 87 studies meeting the primary inclusion criteria were identified, and 53 studies excluded after reading the title and/or the abstract due to inclusion of patient simulations, hypothetical pain cases, studies with a qualitative and/or review methodology, and not including nurses as participants among the health professionals. Remaining 34 articles were read in depth, and 28 of them were excluded for not including sociodemographic and/or work-related data of nurses and/or its comparison with the level of pain underestimation. In the end, the systematic review was conducted with the final 6 studies.

Results: The results of this systematic review underline that the years of experience of nurses should be considered as an important factor in the prevention of pain underestimation. Three studies demonstrated that the level of pain underestimation increased with the years of working in the hospital setting. In parallel to this, the increased age of nurses also affects the level of pain underestimation. On the other hand, the nurses whose working experience is less than 2 years tend to underestimate their patients' pain as well. In contrary to this, this systematic review also included studies that didn't find any significant differences between sociodemographic and work-related characteristics of nurses and the level of pain underestimation, which were including oncology patients who receive a strict pain management treatment and nurses with a higher level of education in pain management strategies.

Discussion: This systematic review included 6 studies which compared the level of pain intensity declared by the patient and the estimated level of pain by the nurses. When we question the effect of nurses' sociodemographic and work-related characteristics on pain underestimation, the years of working experience in the hospital setting emerges as an important factor. Therefore, in the planning of nursing care of pain patients, it is important to organize continuous educations on pain management and create a working environment which the nurses with more clinical experience who tends to do more underestimation can work together with young nurses who has high and fresh theoretical knowledge.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Davoudi, N., Afsharzadeh, P., Mohammadalizadeh, S., Haghdoost, A. A. (2008). A comparison of patients' and nurses' assessments of pain intensity in patients with coronary artery disease. *Int J Nurs Pract*, 14(5): 347-356.

Gunningberg, L., Idvall, E. (2007). The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *J Nurs Manag*, 15(7): 756-766.

Hovi, S. L., Lauri, S. (1999). Patients' and nurses' assessment of cancer pain. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 8(4): 213-219.

Idvall, E., Berg, K., Unosson, M., Brudin, L. (2005). Differences between nurse and patient assessment of postoperative pain management in two hospitals. *J Eval Clin Pract*, 11(5): 444-451.

McKinley, S., Botti, M. (1991). Nurses' assessment of pain in hospitalised patients. *Aust J Adv Nurs*, 9(1): 8-14.

Puntillo, K., Neighbor, M., O'Neil, N., Nixon, R. (2003). Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain Management Nursing*, 4(4): 171-175.

Puntillo, K. A., Miaskowski, C., Kehrle, K., Stannard, D., Gleeson, S., & Nye, P. (1997). Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration. *Critical care medicine*, 25(7), 1159-1166.

AUTORES/AUTHORS:

José Ángel Rubiño Díaz, María Josep Arévalo Rubert, Laura Bibiloni Martínez, Pedro Sastre Fullana, María Antonia Palou Oliver

TÍTULO/TITLE:

Estudio piloto sobre conocimiento y actitudes respecto al dolor de las enfermeras del Hospital Universitario Son Espases

Objetivo.

Identificar los conocimientos y actitudes de las enfermeras de las unidades de hospitalización, Hospital de Día de Adultos (HDDA), Enfermeras de Práctica Avanzada (EPAs) y grupo de investigación en cuidados.

Método.

Estudio piloto observacional, descriptivo transversal. Se encuestó una muestra voluntaria de enfermeras del Hospital Universitario Son Espases (HUSE), utilizando el cuestionario validado Nurse's Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain, de McCaffery & Ferrel. Se analizaron el número y porcentajes de respuestas correctas de los distintos subgrupos y se aplicaron técnicas de aprendizaje automático no supervisado (K Means) para identificar estructuras subyacentes en los datos, con el fin de agrupar las respuestas en clusters relacionados.

Resultados.

Participaron un total de 38 enfermeras, que contestaron la encuesta al completo, de las que 14 trabajaban en Unidades de Hospitalización, 8 en HDDA, 7 eran EPAs y 9 pertenecían al grupo de investigación en cuidados del hospital, con perfiles profesionales diferentes.

El análisis de Clusters arrojó 2 grupos claramente diferenciados, que pueden interpretarse como un grupo con conocimientos suficientes sobre el dolor, y otro grupo con conocimientos insuficientes.

Los porcentajes de respuestas correctas fueron, para el total de las enfermeras encuestadas del 72%, para las EPAs, frente a un 79% del grupo de investigación. Ambos grupos de HDDA y de hospitalización, obtuvieron un total del 69% de respuestas correctas.

Las preguntas que obtuvieron peores puntuaciones globales fueron:

Pregunta 4: Los pacientes pueden dormir a pesar del dolor severo.

Pregunta 9: Estudios dicen que prometazina y hidroxizina son potenciadores de los analgésicos opioides.

Pregunta 17: Hidrocodona 5mg+Acetaminofen 200mg equivale a 5-10mg de morfina.

Discusión.

La valoración y el manejo del dolor en personas con dolor o con riesgo de sufrirlo es un proceso complejo y dinámico que requiere de un equipo de profesionales de la salud con conocimientos y habilidades especializadas. En este equipo que debe adoptar un enfoque centrado en la persona, enfermería tiene un rol clave y debe tener una sólida base de conocimientos basados en la mejor evidencia.

El control del dolor es una prioridad y el grado de alivio se considera como indicador de eficiencia y calidad. Queda patente que para realizar una óptima gestión del dolor es necesario impartir formación sobre el tema y evaluar su impacto. Dicha formación no sólo debe tener en cuenta aspectos específicos sobre el dolor, sino también sobre actitudes y creencias, ya que es muy importante que los profesionales de enfermería sean conscientes de que los pacientes no deben tener dolor.

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ferrell, B., & McCaffery, M. (2008). Knowledge and attitudes survey regarding pain. City of Hope Available from: <http://prc.coh.org>.

Accessed May, 4, 2010

Al-Shaer, D., Hill, PD, y Anderson, MA (2011). Conocimientos y actitudes de las enfermeras sobre la evaluación e intervención del dolor. *Enfermería de Medsurg*, 20 (1), 7

Brant, J. M., Mohr, C., Coombs, N. C., Finn, S., & Wilmarth, E. (2017). Nurses' knowledge and attitudes about pain: Personal and professional characteristics and patient reported pain satisfaction. *Pain Management Nursing*, 18(4), 214-223

Mesa de Comunicaciones 2: Cuidados a niños y adolescentes

Concurrent Session 2: Child and adolescent healthcare

AUTORES/AUTHORS:

Elena Paraíso Pueyo, Ana Lavedán Santamaría, María Llovera Ocaña, Eva Salafranca Mendoza, Celia Latorre Tomás, Lorena Lendínez Gutiérrez, M. Àngels Marsellés Vidal, Teresa Botigué Satorra, Olga Masot Ariño

TÍTULO/TITLE:

GRADO DE SATISFACCIÓN Y PERCEPCIÓN DE EMPODERAMIENTO DE LOS PADRES PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA “ESCUELA DE PADRES”

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción y la percepción sobre el empoderamiento de los padres participantes en el Programa Escuela de Padres.

Método: Estudio cuantitativo, observacional, transversal y descriptivo, enmarcado en un estudio más amplio de carácter mixto. Se incluyeron 10 padres y/o madres de RN ingresados en UCIN que, durante el periodo comprendido entre el 3 de septiembre y el 30 de noviembre de 2018, participaron en el Programa Escuela de Padres, previamente seleccionados por medio de un muestreo propositivo. Quedaron excluidos padres de RN con éxitus, traslados, renuncia o retención de la tutela. Se incluye Escala tipo Likert para la medida de la satisfacción y el empoderamiento (de 0: totalmente en desacuerdo; a 10: totalmente de acuerdo), con variables relacionadas con la utilidad, la metodología, formador/es, organización y satisfacción general de cada uno de los talleres implementados. Se realizó análisis univariante de los datos cuantitativos, utilizando medidas de tendencia central y de dispersión (IC 95%). Para tratamiento y análisis de datos se utilizó SPSS (V.20). Se obtuvo el informe favorable del CEIC por idoneidad del protocolo.

Resultados: Se presenta una síntesis de los resultados. Se realizaron cinco talleres, enmarcados en el Programa “Escuela de Padres”. Resultados globales satisfacción general: 9,46/10; Resultados globales empoderamiento: 9,25/10.

Taller 1. Cuidados básicos del RN. Utilidad: 9,25; Metodología: 9,5; Formador/es: 9,75; Organización: 9,3; Satisfacción general: 9,4.

Taller 2. Tacto nutritivo. Utilidad: 9,4; Metodología: 9,6; Formador/es: 9,7; Organización: 8,8; Satisfacción general: 9,5.

Taller 3. Lactancia materna. Utilidad: 8,9; Metodología: 9,4; Formador/es: 9,5; Organización: 9,4; Satisfacción general: 9,4.

Taller 4. Grupo de padres y técnicas de relajación. Utilidad: 9,2; Metodología: 9,7; Formador/es: 9,7; Organización: 9,7; Satisfacción general: 9,3.

Taller 5. Prevención, detección y atención síntomas de alerta. Utilidad: 9,7; Metodología: 10; Formador/es: 9,8; Organización: 10; Satisfacción general: 9,7.

Discusión: El Programa “Escuela de Padres” se basa en el diseño, implementación y evaluación de una intervención de enfermería enmarcada en un programa de Educación para la Salud. Persigue la finalidad de integrar a las familias en los cuidados del RN en UCIN, favoreciendo así su afrontamiento, adaptación, empoderamiento y participación activa en el proceso asistencial, y se perfila como un valor potencial para la humanización de los cuidados en UCIN. La satisfacción general de los padres y madres participantes y su percepción sobre el empoderamiento, ponen de manifiesto parte de su éxito.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Paraíso E, Fuentes C, Lavedán A. Preocupaciones de los padres y/o madres de recién nacidos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el momento del alta. *Enfermería Neonatal*. 2019;29:37–43.

Hladík M, Jakšová K, Sikorová L. Nurses' role in promoting relations between parents and premature newborns in accordance with the concept of family-centered care. *Cent Eur J Nurs Midwifery*. 2016 Jan;7(1):396–401.

Phillips-Pula L, Pickler R, McGrath JM, Brown LF, Dusing SC. Caring for a preterm infant at home: a mother's perspective. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2013;27(4):335–44.

AUTORES/AUTHORS:

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

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en j

Objetivos:

Evaluar la efectividad de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, en jóvenes estudiantes universitarios.

Métodos:

Estudio cuasiexperimental de intervención pre-post en estudiantes del Grado en Enfermería de la Universidad de Jaén. Realizamos un muestreo no probabilístico de conveniencia en el año 2018 (n=116).

Se utilizó la escala Sexuality and Contraceptive Knowledge Instrument (SexContraKnow-Instrument) previamente validada. La escala mostró un valor de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.74 en jóvenes estudiantes universitarios.

Dos semanas antes del inicio del programa educativo, los participantes cumplimentaron la escala de conocimiento. Los participantes fueron distribuidos en 8 grupos de 15 personas. El programa educativo consistió en dos sesiones de tres horas de duración. La intervención incluyó un simulacro de supuestos prácticas de 1 hora de duración.

Se calcularon los valores descriptivos de los datos demográficos y la puntuación de la escala. La diferencia entre la puntuación antes y después de la intervención la calculamos mediante el test de Wilcoxon.

Resultados:

La muestra estuvo formada por 100 mujeres y 16 hombres. Encontramos posterior a la intervención un incremento estadísticamente significativo del 71.43% para el nivel de conocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos ($Z = -8.887$; $P < 0.001$).

Tras la intervención se observó que la proporción para la variable de nivel de conocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos autopercebido mejoró significativamente tras la intervención, $Z = -3.781$, $p < 0.01$.

Respecto a la principal laguna de conocimiento percibida, se observa que antes de la intervención, la mayor proporción fue para la opción de "métodos anticonceptivos" con el 43.1%, mientras que, tras la intervención, la opción más desconocida fue la de "sexualidad y formas de relación sexual no coital" con un 38.8%, siendo esta variación en la laguna de conocimiento no estadísticamente significativa $\chi^2 = 13.848$, $p = 0.128$.

Encontramos que los ítems con mayor porcentaje de desconocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos fueron los que evaluaron conocimiento sobre métodos anticonceptivos hormonales antes y después de la intervención. Posterior a la intervención obtuvimos un incremento estadísticamente significativo en la proporción de aciertos para 11 de los 15 ítems que forman la escala Sexuality and Contraceptive Knowledge.

Discusión:

La educación por pares ofrece una ventaja teórica respecto a una educación tradicional que es la cercanía entre quien da la información y los receptores, e incorporar a los participantes en el proceso de aprendizaje. Investigaciones previas, que evalúan la forma en la que se produce el aprendizaje, hallaron que cuando se implica a los participantes para que éstos sean quienes imparten los contenidos educativos, la educación es mucho más efectiva respecto a la educación tradicional donde un docente imparte el contenido teórico^{2,3}.

La inclusión en el contenido educativo de simulacros prácticos, mejora el proceso de aprendizaje, siendo el segundo escalón en la importancia de la adecuada adquisición de un conocimiento propuesto por Dale². El elemento de mayor importancia para adquirir un conocimiento es la experiencia propia de la persona, por lo que es importante, si se ha tenido una experiencia contraria condicionada por un uso incorrecto de los métodos anticonceptivos, modificarlo mediante una metodología interactiva.

Como conclusión, la intervención educativa se mostró efectiva para mejorar el nivel de conocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en jóvenes estudiantes del Grado de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Sanz-Martos S, López-Medina IM, Álvarez-García C, Álvarez-Nieto C. Sexuality and contraceptive knowledge in university students: instrument development and psychometric analysis using item response theory. 2019. *Reproductive Health*, 16.
- 2- Dale, E. *Audio-visual teaching in learning*. 3rd Edition. New York; Holt, Rinehart and Winston; 1969.
- 3- Glasser, W. *Choice theory*. New York: HarperCollins; 1998.

AUTORES/AUTHORS:

Víctor Urdillo Abad, Andrea López Ramirez, Patricia Fernandez Bustos

TÍTULO/TITLE:

Intervenciones para la prevención de violencia de pareja en adolescentes (Actualización de revisión sistemática)

1. Objetivos

Evaluar si las intervenciones reducen tanto el número de episodios de violencia de pareja como las lesiones resultantes de la violencia de pareja experimentada.

Valorar si las intervenciones consiguen un cambio de actitud y una mejora en las habilidades de protección.

2. Métodos

Tipos de estudio: ECA, ECA grupales y cuasi ECA.

Tipos de participantes: Adolescentes de 12 a 18 años y adultos jóvenes de 19 a 25 años en entornos educativos o de formación.

Tipos de intervenciones: Cualquier programa que aplicase a adolescentes intervenciones educativas o basadas en habilidades, dirigidas a la prevención de la violencia de pareja.

Tipos de medidas de resultado

Resultados primarios

-Reducción del número de episodios de relación y violencia de pareja experimentados.

-Reducción de las lesiones resultantes de la violencia de pareja experimentada.

-Mejora subjetiva autoinformada en el bienestar mental.

-Eventos adversos.

Resultados secundarios

-Mejoras en el conocimiento sobre la violencia de pareja.

-Mejoras en relación con los comportamientos hacia la violencia en la pareja.

-Mejoras en las actitudes hacia la violencia de pareja.

-Mejoras en relación con las habilidades.

Estrategias de búsqueda para identificación de estudios

Se llevó a cabo la búsqueda en español e inglés desde mayo del 2012 hasta febrero del 2019.

Búsquedas electrónicas

La búsqueda se realizó el 11 de febrero del 2019 en Cochrane (CENTRAL), MEDLINE, EMBASE and PsycINFO.

Recogida de datos y análisis

Selección de estudios

La selección de estudios se realizó mediante la evaluación independiente por pares de los títulos y resúmenes. Se utilizó como herramienta la plataforma Covidence (1).

Medidas del efecto del tratamiento de datos

Se utilizaron los ratios de riesgo (RR) para resumir los datos dicotómicos debido a la facilidad de interpretación. Se informaron datos continuos como diferencias de medias (DM) donde se utilizó la misma escala para la medición y diferencias de medias estandarizadas (DME) donde se utilizaron diferentes escalas para medir el mismo resultado.

Síntesis de datos

Para hacer un mejor uso de los datos, se combinaron los estudios del metaanálisis en todos los entornos, independientemente de la duración o la intensidad. Para los resultados dicotómicos, se calculó un RR global. Se calculó la DM para resultados continuos y comparaciones y medidas de resultado similares; y DME para los resultados continuos medidos con instrumentos similares, pero no

idénticos, en todos los estudios. Para facilitar la interpretación, cuando fue posible, se expresaron los resultados como un RR (u odds ratio (OR)) y se incluyeron intervalos de confianza (IC) del 95%.

3. Resultados

Descripción de los estudios

Resultados de la búsqueda

La búsqueda bibliográfica identificó 911 artículos. De estos, 75 parecían cumplir con los criterios de inclusión basados en títulos y resúmenes. Una evaluación más detallada del texto completo de los 75 artículos restantes reveló 7 artículos que fueron elegibles para su inclusión en la revisión. De los 7 estudios incluidos en la revisión, todos se incluyeron en el metaanálisis final en conjunto con los estudios previos.

Estudios incluidos

La revisión incluye un total de 45 estudios, de los cuales 38 estudios pertenecen a la revisión original (4), y 7 se han incluido en la actualización (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Entorno/Contexto

De los 45 estudios incluidos, cuarenta y uno se llevaron a cabo en EE. UU., uno en la República de Corea (4), uno en Canadá (5), uno en Sudáfrica (8) y uno en España (9). La mayoría de los estudios (42 estudios), se llevaron a cabo en entornos educativos, mientras que el resto en centros comunitarios.

Participantes

El número total de participantes fue de 29.846, 15.535 de la revisión y 14.311 de la actualización. La media de edad fue de 15,1 años.

Intervenciones

Todas las intervenciones fueron dirigidas a fomentar los conocimientos, sensibilización sobre la violencia de género en la pareja, los conocimientos y habilidades para mantener relaciones saludables.

Resultados

Los estudios incluidos informaron de un resultado primario (episodios de relación o violencia de pareja) y cuatro resultados secundarios (mejoras en el comportamiento, conocimiento, habilidades y actitudes).

Riesgo de sesgo de los estudios incluidos en la actualización

Para la mayoría de los estudios, el riesgo de sesgo de selección (debido a la inadecuada generación de secuencia aleatoria o el ocultamiento de la asignación) no está claro en el conjunto de estudios, pero sí en los nuevos incluidos. El riesgo de desgaste y sesgo de notificación es bajo en general en todos los estudios incluidos, el riesgo de sesgo de realización (debido al cegamiento inadecuado de los participantes) es alto y el riesgo de sesgo de detección (debido a la falta de notificación del cegamiento del personal) no está claro.

Resultados primarios

Episodios de violencia en la relación y en pareja

Se incluyeron seis de los siete estudios de la actualización y el metaanálisis incluyó 14 estudios (11769 participantes) que midieron episodios de relación y violencia de pareja. Dentro de este análisis, no hubo evidencia de heterogeneidad sustancial ($I^2=37\%$). El RR fue de 0.90 (IC del 95%: 0.77 a 1.05). El RR sugiere una reducción del 10% en los episodios de violencia de relación experimentados por los participantes que recibieron la intervención, pero el IC no excluye la posibilidad de que las intervenciones no tuvieran efecto o se asociaran con un aumento en los episodios de violencia experimentados.

Resultados secundarios

Comportamiento hacia la violencia de pareja

Se incluyó uno de los siete estudios de la actualización y el metaanálisis incluyó 5 estudios (965 participantes). No hubo evidencia de heterogeneidad sustancial ($I^2=0\%$). La DME fue de -0.02 (IC del 95%: -0.20 a 0.16). La estimación puntual no sugiere evidencia de

mejora en el comportamiento hacia la violencia de pareja entre las personas expuestas a la intervención. El IC no puede descartar la posibilidad de que la intervención tenga un efecto beneficioso sobre los comportamientos.

Conocimiento sobre la violencia de pareja

Se incluyeron dos de los siete estudios de la actualización y el metaanálisis incluyó 12 estudios (8982 participantes) para medir el conocimiento de la violencia de pareja. El I² del 79% para este resultado sugiere que hay una alta heterogeneidad sustancial pero la alta estadística de Chi² (51.48; grados de libertad 11) y el bajo valor de P (<0.0001) proporcionan evidencia adicional de la variación de las estimaciones del efecto más allá del azar. La DME fue de 0,40 (IC del 95%: 0,22 a 0,59). La estimación puntual sugiere un aumento medio en conocimiento de 0.40. El IC puede descartar la posibilidad de que la intervención no tenga efecto o tenga un efecto perjudicial sobre los conocimientos.

Actitudes hacia la violencia de pareja

Se incluyó un estudio nuevo en el metaanálisis (7.020 participantes). No hubo evidencia de heterogeneidad sustancial (I²=50%). El SMD fue de 0.06 (IC del 95%: -0.06 a 0.18). Los resultados sugieren actitudes ligeramente mejoradas (es decir, menor aceptación) hacia la violencia de relación en los participantes que recibieron la intervención. Sin embargo, los IC no excluyen la posibilidad de que las intervenciones no tengan efecto, o incluso empeoren las actitudes de los participantes hacia la violencia de pareja.

Habilidades sobre la violencia de pareja

Se incluyeron dos estudios (2776 participantes) en el metaanálisis de habilidades relacionadas con la relación y la violencia en el noviazgo. El I² fue de 34%, con una estadística Chi² de 12.21 (grados de libertad 8) y un valor de P (0.14). El SMD fue de 0.03 (IC del 95%: -0.06 a 0.11). La estimación puntual sugiere una leve mejora en las habilidades después de la exposición a la intervención, pero el IC no excluye la posibilidad de que la intervención no tenga efecto o cause un deterioro en las habilidades.

4. Discusión

Resumen de los resultados principales

En los metaanálisis de los resultados no se muestra evidencia de un efecto estadísticamente significativo de mejora a parte del conocimiento sobre la violencia de pareja (p<0,0001), en el que, las intervenciones parecieron tener un efecto beneficioso. En general, esta revisión no ha encontrado evidencia de un efecto positivo en las intervenciones en los resultados informados. Los resultados deben interpretarse con precaución por dos razones principales:

Los estudios incluidos variaron en diferentes aspectos:

Los participantes incluidos eran tanto estudiantes generales de bajo riesgo como con factores de riesgo de sufrir violencia en las relaciones por antecedentes de violencia.

La duración del seguimiento varió enormemente, la mayoría de los estudios evaluaron los resultados inmediatamente después de la intervención, con una evaluación adicional entre 1 y 12 meses después.

Metodológicamente los resultados de los estudios no estaban medidos con el mismo instrumento y utilizaron una amplia gama de escalas de medición para evaluarlos.

Aplicabilidad de evidencia

La mayoría de los estudios evaluaban la efectividad en torno a los 12 meses posteriores a la intervención salvo algunos que la evaluaban 2 años después, por lo tanto, hay poca evidencia sobre la efectividad a largo plazo de estas intervenciones.

Calidad de la evidencia

La calidad de la mayoría de los estudios en esta revisión estuvo limitada por métodos poco claros de generación de secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación y cegamiento del evaluador.

Posibles sesgos en el proceso de revisión

23 estudios identificados por título o resumen para cumplir con los criterios de elegibilidad no se pudieron evaluar porque no se disponía de textos completos y pese al contacto con los autores, no fue posible la incorporación. Los gráficos de embudo para los resultados que incluyeron 10 o más estudios no mostraron evidencia de sesgo de publicación.

Implicaciones para la práctica comunitaria

Actualmente existen numerosas intervenciones implantadas en entornos educativos y comunitarios dirigidos a la prevención de la violencia de pareja en adolescentes y adultos jóvenes. Los estudios incluidos en esta revisión no mostraron evidencia de que estas intervenciones reduzcan los episodios de violencia o mejoren el comportamiento hacia la violencia. Es importante destacar que los resultados no muestran evidencia de efecto, pero tampoco de no efecto, por lo tanto, las intervenciones actuales no deben necesariamente detenerse, sino que deben realizarse más investigaciones y estudios metodológicamente más sólidos. Como profesionales de la salud comunitaria, tenemos un compromiso con la población a la que atendemos y es por esto que es de vital importancia la implicación de la disciplina Enfermera para la realización de los estudios y la planificación y ejecución de las intervenciones ya que como promotores de la salud estamos íntimamente ligados.

Implicaciones para la investigación

Se requiere evidencia adicional para evaluar la efectividad de las intervenciones. La evidencia actual se centra principalmente en evaluar los cambios en las actitudes y el conocimiento. De cara a futuras investigaciones, los investigadores deben plantearse realizar estudios en otros entornos y culturas ya que es probable que las intervenciones que abordan la violencia en las relaciones tengan una gran sensibilidad cultural y es importante entender qué tipos de intervenciones son efectivas en diferentes entornos. Como dijo Nelson Mandela, la educación es el arma que podemos usar para cambiar el mundo, aprovechémosla y esforcémonos por crear un mundo libre de injusticias y desigualdades.

Conflicto de intereses

Esta actualización no presenta ningún conflicto de intereses por parte de sus autores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Covidence [Internet]. Covidence.org. Disponible en: <https://www.covidence.org/about-us>
2. Centro Cochrane Iberoamericano, traductores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012. Disponible en: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>
3. Review Manager (RevMan) [programa informatico]. Version 5.3. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration, 2014.
4. Fellmeth GLT, Heffernan C, Nurse J, Habibula S, Sethi D. Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD004534. DOI: 10.1002/14651858.CD004534.pub3.
5. Crooks, K. L. Scott, R. Broll, S. Zwarych, R. Hughes, D. A. Wolfe, Does an evidence-based healthy relationships program for 9th graders show similar effects for 7th and 8th graders? Results from 57 schools randomized to intervention, *Health Education Research*, Volumen 30, Issue 3, Junio 2015, Paginas 513–519, <https://doi.org/10.1093/her/cyv014>
6. Levesque D, et al. Teen Dating Violence Prevention: Cluster-Randomized Trial of Teen Choices, an Online, Stage-Based Program for Healthy, Nonviolent Relationships. *Psychol Violence*. Author manuscript; Disponible en: PMC 2017.
7. Peskin M, et al. Effects of the It's Your Game . . . Keep It Real Program on Dating Violence in Ethnic-Minority Middle School Youths: A Group Randomized Trial. *American Journal of Public Health*. Agosto 2014, Vol 104, No. 8.
8. Mathews C, et al. Effects of PREPARE, a Multi-component, School-Based HIV and Intimate Partner Violence (IPV) Prevention Programme on Adolescent Sexual Risk Behaviour and IPV: Cluster Randomised Controlled Trial. *AIDS Behav* (2016) 20:1821–1840. DOI 10.1007/s10461-016-1410-1.
9. Sánchez-Jiménez V, Muñoz-Fernández N, Ortega-Rivera J (2018) Efficacy evaluation of "Dat-e Adolescence": A dating violence prevention program in Spain. *PLoS ONE* 13(10): e0205802. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205802>
10. Rowe. L., et al. Reducing Sexual Victimization Among Adolescent Girls: A Randomized Controlled Pilot Trial of My Voice, My

Choice. ELSELVIER. DOI: 0005-7894

11. Taylor, B., et al. Effectiveness of "Shifting Boundaries" Teen Dating Violence Prevention Program for Subgroups of Middle School Students. ELSELVIER. Diponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.07.004>

AUTORES/AUTHORS:

Francisca Zamora Zamora, Diego García Zamora, Noelia García Zamora

TÍTULO/TITLE:

Efectividad del aceite de oliva en la reducción ponderal en niños y adolescentes. Revisión sistemática.

Introducción: El aceite de oliva, grasa fundamental de la dieta mediterránea está asociado a una disminución de triglicéridos, control glucémico, e hipertensión arterial, además de aumento de longevidad, disminución de cáncer de mama, colorrectal, de próstata y a una disminución de obesidad. Según datos de la OMS, 1900 millones de adultos padecían de sobrepeso en 2016, de ellos el 13%, es decir, 650 millones padecían de obesidad, mientras que 340 millones de niños eran obesos o tuvieron sobrepeso en ese año. A pesar de la cifra abrumadora, el exceso de peso se puede prevenir. Hábitos saludables como ejercicio moderado y dieta mediterránea se han considerado como importantes estrategias preventivas. Incluso de manera independiente, la dieta mediterránea se ha asociado a una disminución de obesidad y sobrepeso en diferentes estudios epidemiológicos como la cohorte EPIC-PANACEA de 373.803 adultos, y diferentes metaanálisis, principalmente cuando se consume aceite de oliva virgen extra, cuyo consumo, se ha relacionado con menor índice de masa corporal (IMC) y menor peso en adultos sin eventos cardiovasculares previos. En 1287 niños de 3 a 6 años del sur de España, en un estudio longitudinal, el consumo de aceite de oliva estuvo relacionado con menor IMC. Así mismo en Italia, el riesgo de sobrepeso se asoció inversamente a la ingesta de aceite de oliva en niños de 6 a 16 años. **Objetivos:** Determinar si la ingesta del aceite de oliva puede reducir el peso respecto a otra grasa en menores de 18 años.

Método: Se diseñó una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones de PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Búsqueda en PubMed, Web of Science, Cochrane Plus, ClinicalTrials.gov, Dinamed plus, Scopus, Tripdatabase, Lilacs, EMBASE, SciELO Citation Index, y literatura gris, junto a búsqueda inversa, desde el comienzo de indexación de cada base de datos hasta el 2-6-2019. No se ha restringido idioma, sexo ni patología de base. **Criterios de inclusión:** a) menores de 18 años; b) intervención: dieta enriquecida con aceite de oliva c) comparador: dieta enriquecida con otra grasa; d) efectos: peso, IMC o perímetro abdominal; y e) diseño de estudios incluidos: ensayos controlados aleatorizados. La estrategia de búsqueda se realizó mediante la combinación de palabras clave relacionadas con ingesta de aceite de oliva ('olive oil'), la obesidad ('obesity', 'body weight', 'body mass index'), el diseño de estudios adecuados para inclusión ('randomized controlled trial', 'systematic review', 'meta-analysis'). **Evaluación de la validez:** La selección se hizo por dos investigadores de manera independiente; en caso de discrepancia un tercer investigador tomó la decisión. Para la evaluación del riesgo de sesgo se utilizó la herramienta Cochrane. Se han revisado 721 artículos, de los cuales sólo dos cumplían los criterios de inclusión. **Resultados:** Se han incluido dos ensayos controlados aleatorizados, Ojeda Rodríguez et al. 2018 y Velázquez López et al. 2014, con 175 niños y adolescentes de 3 a 18 años de edad, seguidos durante 8 y 16 semanas respectivamente. Se ha administrado aceite de oliva junto a dieta mediterránea en los grupos de intervención, mientras que los controles han tomado la dieta habitual. Los participantes de ambos estudios, eran niños obesos a los que se les instó a realizar ejercicio físico y la cantidad de calorías diarias estuvo ajustada a la edad y sexo. Los niños que tomaron aceite de oliva y dieta mediterránea, redujeron el peso y el IMC. Otros beneficios que se obtuvieron fueron menores cifras de colesterol total, LDL colesterol, triglicéridos, presión arterial sistólica y diastólica, además de control de glucemia y elevación de HDL colesterol.

Discusión: El peso y el índice de masa corporal bajaron al consumir dieta mediterránea respecto a dieta habitual. En Ojeda Rodríguez et al 2018 el grupo de intervención redujo el peso, pero no de manera significativa respecto al control, y ambos grupos redujeron el IMC, mientras que en Velázquez López et al. 2014, sólo el grupo intervención consiguió reducir el peso y el IMC. En otros estudios no incluidos por no ser ensayos controlados aleatorizados se ha relacionado el aumento de consumo de aceite de oliva a menor índice de masa corporal en niños de 3 a 6 años y a menor insulinemia en adolescentes, y a menor riesgo de sobrepeso. En metaanálisis desarrollados en adultos, se ha observado un control ponderal mediante la ingesta de aceite de oliva. La

menor adherencia a la dieta mediterránea se ha asociado a un aumento de sobrepeso, parece que el contenido de una comida rica en alto oleico puede reducir la ingesta de energía al aumentar la oleoiletanolamida circulante y producir un efecto de saciedad. Implicaciones para la práctica clínica: El consumo de una dieta mediterránea enriquecida en aceite de oliva puede ser una importante estrategia de reducción de peso y de disminución de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes. Más importante que el control de calorías parece la vigilancia del tipo de dieta utilizada, aunque serían necesarios más ensayos realizados en niños que corroboren estos resultados. En conclusión, el aceite de oliva asociado a la dieta mediterránea puede ser una estrategia de control ponderal infantil. Los autores declaran que no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Archero F, Ricotti R, Solito A, Carrera D, Civello F, Di Bella R, et al. Adherence to the Mediterranean Diet among School Children and Adolescents Living in Northern Italy and Unhealthy Food Behaviors Associated to Overweight. *Nutrients*. 2018 Sep 18;10(9). pii: E1322.
- Esposito K, Kastorini CM, Panagiotakos DB, Giugliano D. Mediterranean diet and weight loss: meta-analysis of randomized controlled trials. *Metab Syndr Relat Disord*. 2011; 9(1): 1-12.
- Metro D, Tardugno R, Papa M, Bisignano C, Manasseri L, Calabrese G, et al. Adherence to the Mediterranean diet in a Sicilian student population. *Nat Prod Res*. 2018 Aug;32(15):1775-81.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009; 6(7): e1000097.
- Qian F, Korat AA, Malik V, Hu FB. Metabolic effects of monounsaturated fatty acid- enriched diets compared with carbohydrate or polyunsaturated fatty acid-enriched diets in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2016; 39 (8): 1448-57.
- Romaguera D, Norat T, Vergnaud AC, Mouw T, May AM, Agudo A, et al. Mediterranean dietary patterns and prospective weight change in participants of the EPIC-PANACEA project. *Am J Clin Nutr*. 2010; 92 (4): 912-21.
- Latorre Román PÁ, Mora López D, García Pinillos F. Feeding practices, physical activity, and fitness in Spanish preschoolers: influence of sociodemographic outcome measures. *Arch Argent Pediatr*. 2016;114 (5):441-7.
- Mennella I, Savarese M, Ferracane R, Sacchi R, Vitaglione P. Oleic acid content of a meal promotes oleoylethanolamide response and reduces subsequent energy intake in humans. *Food Funct*. 2015; 6 (1):204-10.
- Galera Martínez R, García García E, Vázquez López MÁ, Ortiz Pérez M, López Ruzafa E, Martín González M, Garrido Fernández P, Bonillo Perales A. Associated factors to insulin values in a population-based study in adolescents. *Nutr Hosp*. 2013 Sep-Oct;28(5):1610-4.
- Zamora Zamora F, Martínez Galiano J M, Gaforio Martínez J J, Delgado Rodríguez M. Aceite de oliva y peso corporal. Revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2018; 92: e201811083.

Mesa de Comunicaciones 3: Estudiantes de enfermería

Concurrent Session 3: Nursing students

AUTORES/AUTHORS:

Juan García Contreras, Óscar Álvarez López, Marta Martín Gayubo, Raúl Quintana Alonso, Beatriz Losa García, Elena Chamorro Rebollo, Hilario Hernández Ovejero, Carlos Blanco López

TÍTULO/TITLE:

La empatía de los profesionales sanitarios desde la perspectiva de los alumnos de Enfermería

Cuando una persona entra en contacto con el ámbito sanitario, bien en calidad de paciente o como familiar de una persona enferma, experimenta múltiples sensaciones de vulnerabilidad y temor que se añaden al problema que ha motivado su demanda de atención. Ante esas situaciones es reconocida la importancia que suponen determinados intangibles como el trato humanizado, la comunicación eficaz o la comprensión de las inquietudes y deseos de la persona cuidada. El trato humanizado a través de la empatía, es reconocido por los pacientes y familiares como uno de los principales atributos de satisfacción cuando valoran la atención sanitaria recibida, impactando muy positivamente en el resultado del plan de atención.

En la sociedad actual, numerosos factores inciden en la reconocida como "deshumanización del cuidado". Esta circunstancia resulta especialmente sensible en el caso de los estudiantes de Enfermería que, a lo largo de sus estudios, entran en contacto con numerosos profesionales de los que deben aprender tanto las competencias técnicas, como aquellas de índole relacional y afectiva, que les faciliten el desarrollo de habilidades para favorecer la relación terapéutica eficaz con el paciente y su familia.

Ante esa realidad, a través del presente estudio se pretende alcanzar una aproximación a la visión de los estudiantes de Enfermería de la Facultad Salus Infirmorum de Madrid, para conocer sus experiencias frente al trato empático de los profesionales con los que se forman en sus prácticas clínicas.

Objetivos.

- Conocer la percepción de los alumnos de enfermería sobre la empatía de los profesionales sanitarios de los centros de prácticas clínicas.
- Identificar la importancia otorgada a la empatía en los estudios y describir las experiencias de los participantes sobre el trato observado en sus prácticas clínicas.
- Describir la experiencia de un grupo de estudiantes de enfermería sobre el tipo de trato que presentan los profesionales sanitarios en las unidades de prácticas clínicas.

Material y método: Estudio mixto dividido en dos fases, desarrollado en la Facultad de Ciencias de la Salud Salus Infirmorum de la Universidad Pontificia de Salamanca (UPSA).

La Fase I consistió en un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, desarrollado a través de un cuestionario de elaboración propia que incluía la Escala de Empatía de Jefferson (rango entre 20 y 140 puntos), variables sociodemográficas y cuestiones relativas a la percepción del nivel de empatía en los profesionales y la importancia otorgada en el plan de estudios. La población estaba constituida por los 171 alumnos matriculados en el Practicum Clínico en el curso 2018/19, obteniéndose una muestra final representativa de 140 sujetos. El tratamiento de los datos se realizó a través del programa IBM SPSS 22.0®, empleando como estadísticos descriptivos la media y desviación estándar de las variables cuantitativas y la frecuencia absoluta y porcentajes del conjunto de las variables.

La fase II se basó en un estudio fenomenológico, a través de una entrevista semiestructurada centrada en tres dimensiones: aproximación a la empatía, experiencia de los participantes como pacientes/familiares y vivencias relacionadas con el trato dispensado por los profesionales. Participaron 20 informantes clave, alcanzado la saturación teórica al no emerger nuevos planteamientos. Se realizó la categorización y codificación manual de la información.

El proyecto cumplió los principios bioéticos y la normativa vigente en protección de datos, disponiendo del informe favorable del comité de ética de la UPSA.

Resultados: La media de edad de los sujetos fue de 21,7±5,7 años, presentando un nivel elevado de empatía de 122,8±9,7 puntos, superior en las mujeres, en el que se situó en 122,97 puntos, frente a los 120,70 puntos en el grupo de los hombres. Se ha evidenciado un descenso en el nivel de empatía en el último curso de la titulación.

La percepción respecto a la empatía de los profesionales es positiva en el 73,5% (n=104) de los sujetos, identificando también

comportamientos poco empáticos. Un porcentaje del 80,6% de los sujetos manifestó un cambio en la percepción sobre la empatía de los profesionales desde el inicio de su formación al momento del estudio. Entre los comportamientos identificados por los sujetos como poco empáticos, el 40% señalan: la falta de presentación a los pacientes, no ofrecer el tiempo necesario para responder al paciente o familiar, no realizar una escucha activa y mostrarse impaciente, identificando como principal motivo a estos comportamientos la carga de trabajo a realizar y la forma de ser del propio profesional.

El 67,1% (n=94) considera a la enfermería como la profesión más empática y el 92,8% (n=130) percibe que desde la Facultad se otorga importancia a la formación en empatía, aunque ésta se considera insuficiente.

En la fase cualitativa del estudio, los participantes manifestaron la importancia de la empatía en la atención, haciendo hincapié en lo que puede llegar a sentir una persona o familiar que esté tratando con profesionales de la salud por diferentes motivos. Los participantes también describieron experiencias negativas en su rol de alumnos y/o paciente, que relacionan con características personales del profesional y aspectos estructurales del sistema.

Discusión: La distribución por sexo de los participantes en el estudio, con un 82,9% de mujeres, es similar a los valores que ofrecen los últimos estudios del Instituto Nacional de Estadística sobre el sexo de los enfermeros colegiados, evidenciando la feminización de la profesión.

El nivel medio de empatía de los sujetos fue de 122,08 puntos, siendo interpretado como un resultado alto según la escala de referencia, ligeramente superior al obtenido en estudios con poblaciones similares, tanto en universidades nacionales como internacionales de enfermería y otras ramas sanitarias. El nivel de empatía es mayor en las participantes mujeres que en los hombres, coincidiendo también con otros estudios analizados.

La actitud empática de los profesionales sanitarios se considera en general positiva, si bien, los participantes refieren situaciones de falta de empatía y trato humanizado con elevada frecuencia. Se evidencia un descenso del nivel de empatía al progresar en los cursos, realidad observada en otros estudios, relacionada con la complejidad de los pacientes atendidos en los cursos superiores. El estudio pone de relieve la necesidad de implementar estrategias que eviten la pérdida de la habilidad empática en los futuros enfermeros, así como la mejora de las competencias que promuevan un trato humanizado.

Los comportamientos poco empáticos señalados en la fase cuantitativa del estudio se han visto reforzados por los discursos que emergieron en la fase cualitativa, en la que se recogen diversos relatos de situaciones que manifiestan una falta de empatía y de un trato adecuado hacia los pacientes y/o sus familiares. Es destacable que un 74,28% de los participantes afirmaron haber coincidido con algún profesional que a pesar de disponer de los conocimientos y la destreza técnica suficientes, no ofrecía un trato adecuado ni mostraba empatía a los pacientes o familiares.

El estudio pone de manifiesto la trascendencia de formar a los futuros profesionales sanitarios en el ámbito de la empatía y la relación terapéutica con el paciente y su entorno, así como la dificultad intrínseca que conlleva este proceso, requiriendo de estrategias que conjuguen la formación teórica, la sensibilización y el refuerzo de habilidades y destrezas relacionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ahrweiler, F., Neumann, M., Goldblatt, H., Hahn, E. G., & Scheffer, C. (2014). Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians. *BMC medical education*, 14, 122
- Aranda, M., Castillo-Mayén, M. D. R., & Montes-Berges, B. (2015). ¿Ha cambiado la percepción sobre los y las enfermeras? Atribución de estereotipos y roles de género. *Acción Psicológica*, 12(1), 103-112
- Arredondo-González, C. P., y Siles-González, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de Enfermería*, 18(1), 32-36
- Bermejo, J. C. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer
- Cardona Torres, L. M., y García Campos, M. L. (2010). La empatía, un sentimiento necesario en la relación enfermera-paciente.

Desarrollo científico de Enfermería, 18(3), 120-4

Carlozzi, A. F., Bull, K. S., Stein, L. B., Ray, K., & Barnes, L. (2002). Empathy theory and practice: A survey of psychologists and counselors. *The Journal of psychology*, 136(2), 161-170

Consejería de Sanidad. (2016). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019.

<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>

Correa Zambrano, M. L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista cuidarte*, 7(1), 1210-1218

Díaz, M.J., Garrido, M., Fuentes, R.M., Serrano, M.D., Larrañaga, E., y Yubero, S., (2018). Relación entre empatía y experiencia clínica en estudiantes de enfermería. *Nure investigación*, 15(97)

Galán, J. M., Romero, R., Morillo, M. S., y Alarcón, J. M. (2014). Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. *Psicología Educativa*, 20(1), 53-60

Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A. & Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 84(9), 1182-1191

Moreto, G., González-Blasco, P., y Craice-de Benedetto, M. A. (2014). Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. *Atención Familiar*, 21(3), 94-97

Ramírez, P., y Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería universitaria*, 12(3), 134-143

Vidal Blan, R., Adamuz Tomás, J., y Feliu Baute, P. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería global*, 8(3)

AUTORES/AUTHORS:

MARIA NOELIA RODRIGUEZ BLANCO, JOSE LUIS DURO TORRIJOS, MARTA FERNANDEZ GRAJA, PABLO GARCIA PERAL, NURIA BOUBETA LEMOS, ESTHER MARTINEZ CARRASCO

TÍTULO/TITLE:

¿Tenemos protección el personal socio-sanitario frente a la hepatitis B?

OBJETIVO PRINCIPAL Identificar la carga inmunológica frente al virus de la Hepatitis B de todo el personal sociosanitario vinculado al Departamentos de Salud de Elx-Crevillent, en la Comunidad Valenciana. **OBJETIVOS SECUNDARIOS:** Describir si existen diferencias entre la protección inmunológica de los profesionales según desarrollen su actividad en servicios de mayor o menor riesgo de contagio. Analizar si existe relación entre la edad, el género, categoría profesional o tipo de actividad asistencial y el desarrollo de protección suficiente según su determinación de anticuerpos en sangre. **METODOLOGIA** estudio descriptivo transversal para determinar los niveles de anticuerpos del virus de la Hepatitis B, enfermedad infectocontagiosa, prevenible mediante la vacunación, en el personal sociosanitario del Departamento de Salud de Elx-Crevillent, adscrito contractualmente a fecha de L 31 diciembre del 2018. Los datos analíticos fueron facilitados por la Oficina Central de Información Corporativa (OCIC), identificando todos los resultados serológicos ubicados en las historias clínicas laborales de la base de datos de los trabajadores activos facilitada por Recursos Humanos. Las unidades con mayor riesgo de contagio por el VHB fueron: laboratorio, los servicios de hematología, hemodiálisis, quirúrgicos y las unidades de cuidados intensivos¹. Los resultados se expresaron como positivo los niveles iguales o superiores a 10 UI/l de anti-HBs en ausencia de HBsAg. Las variables analizadas fueron:

- Sexo: cualitativa dicotómica (masculino/femenino)
- Edad: cuantitativa discreta
- Grupo edad: cualitativa ordinaria (18-34 años; 35-49 años; >50 años)
- Año de nacimiento: cuantitativa discreta
- Edad inclusión calendario vacunal: cualitativa dicotómica (Vacunación sistemática/No vacunación sistemática)
- Clasificación del servicio: cualitativa dicotómica (Riesgo: Hospitalización, Laboratorio, Quirófano, UCI, Diálisis /No riesgo: el resto)
- Tipo de Actividad Asistencial: cualitativa dicotómica (Hospitalaria/Primaria)
- Categoría profesional agrupada: cualitativa categórica Facultativos: (Médicos, Farmacéuticos, Odontólogos, Psicólogos); Enfermería: (Enfermeras, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Optometristas); Otro personal sanitario: (TCAE, Técnico especialista sanitario); Personal no sanitario: (Personal auxiliar, Personal de apoyo, Técnico de soporte, Trabajadores sociales)
- Inmunidad: cualitativa no dicotómica (Si /No / NS-ND)

Recogida y análisis de los resultados :Se desarrollo una tabla de recogida de datos en Microsoft Excel y todos los análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete del programa SPSS versión 20.0. El personal inmune se estimó como el porcentaje de personal sociosanitario que cumple el criterio de inmunidad respecto al total de no inmune de los servicios a estudio, con (IC) del 95%. Análisis bivalente: Se analizó la relación entre la variable resultado (Personal Inmune) y el resto de las variables, estableciendo tablas de contingencia y señalando porcentajes y cómputo absoluto de casos. Se consideró el punto de corte (p) de significación estadística inferior a 0,05. Consideraciones Éticas: se respetaron los principios y las normas éticas básicas que tienen su origen en la actual revisión (versión revisada de Fortaleza, Brasil, 2013) de la Declaración de Helsinki aprobada por la Asamblea Médica Mundial y el Convenio de Oviedo. No existen conflicto de intereses ni subvenciones percibidas. **RESULTADOS:** El total del personal sociosanitario, ascendió a 1307. Prevalció el género femenino 69,9% (n=913) y el grupo de edad 35-49 con un 46,9% (n=613) y la categoría profesional de enfermería ,31,9% (n=417) seguida de cerca por los facultativos. El 61,4% (n=802) estaban en servicios de bajo riesgo. El 92,1% (n=1204) no han sido vacunados sistemáticamente al nacimiento. El 76,7% (n=1003) de la población está inmunizada, frente al 10,1% (n=132) no inmunes. Por lo tanto, tenemos un porcentaje de profesionales, el 23,5%

(n=304) de los que una parte no está inmune y del resto no se conoce o no aporta datos acerca de su estado serológico, el 13,2% (n=172). Para el 16,2% (n=55) de hombres no se dispone de datos ni en el grupo de edad de >50 años, 26,9% (n=25). Los servicios agrupados en "no riesgo" se observa mayor prevalencia de personal sin datos, 15,6% (n=106). Se dispone de más información de enfermería que de otras categorías 94,6% (n=369) y menor en los de atención primaria 19,6% (n=44). Por último, el personal vacunado sistemáticamente al nacimiento es el que reúne mayor porcentaje de personal sin datos serológicos, 17,6% (n=16). Existen tasas de protección más bajas en hombres, con un 16,2% (n=55) [IC95%: 12,3-20,1] y los niveles de protección son inversamente proporcionales a la variable edad, con menor inmunidad a mayor edad, obteniéndose un 26,9% (n=25) [IC95%: 17,8-35,9] en los mayores de 50 años. servicios, se obtienen tasas de protección más bajas en aquellos clasificados como no riesgo, 15,6% (n=106) [IC95%: 12,8-18,3] frente al 5,7% (n=26) [IC95%: 3,6-7,8]. Atendiendo a la categoría profesional, el personal no sanitario es el menos inmunizado, con niveles de protección del 32,6% (n=58) [IC95%: 25,7-39,5]. No obstante, dentro de los profesionales sanitarios, son los facultativos los que arrojan mayor porcentaje de no protegidos, 8,6% (n=30) [IC95%: 5,7-11,5]. Así mismo, en atención primaria se han obtenido resultados del 19,6% (n=44) [IC95%: 14,4-24,8] de no inmunizados contra el VHB. DISCUSIÓN: Los trabajadores que se encuentran en un ámbito sanitario están expuestos a una serie de riesgos ocupacionales, siendo el biológico, el más frecuente. En el estudio se obtuvo una muestra representativa, ya que se identificó el estado serológico contra el VHB del total del personal sociosanitario del Vinalopó a excepción de aquellos servicios subcontratados, como son el personal de limpieza, seguridad, hostelería y mantenimiento. Se han observado tasas de inmunización elevadas entre el personal sociosanitario, lo que confirma que la vacuna es efectiva¹⁻⁴, aunque los datos revelan que existe mayor desconocimiento en hombres, y en el grupo mayor de 50 años. El género podría ser uno de los factores de riesgo para no generar anticuerpos contra la vacuna del VHB^{5,6}. Los niveles de protección son inversamente proporcionales a la edad, siendo estos datos significativos⁵⁻⁷. La inmunidad disminuye con el tiempo, ya que entre un 15-50% de los adultos que responden a la vacunación primaria, tienen niveles bajos o indetectables de anticuerpos 10-15 años después de la vacunación^{3,6-8}. El personal no sanitario está menos protegido y existe una falta de información por depender de empresas privadas.^{7,9} El personal vacunado en la edad adulta, obtiene mayor protección que los vacunados al nacimiento. Los datos obtenidos en nuestro estudio sugieren la necesidad de nuevas investigaciones, así como de estrategias de prevención dirigidas a los jóvenes españoles que se están incorporando actualmente al mercado laboral y que desempeñarán labores sociosanitarias, los cuales recibieron en su gran mayoría la vacunación frente al VHB en el primer año de vida. Se da como probado que la cobertura vacunal es tan amplia que apenas existe riesgo de infección⁸, sin embargo, existe controversia respecto a esta afirmación dado que algunos estudios consideran que niveles descendidos o ausentes de anti-HBs pueden no conferir protección frente a un posible contacto con el virus.^{3,6,10}. Una limitación es la no disposición del estado serológico de los servicios de limpieza y de seguridad, que pese a ser considerados trabajadores de riesgo por el MSC, no están sujetos a los controles serológicos por parte de la institución sanitaria y las fortalezas son la amplia muestra (n=1307), lo que aumenta la fiabilidad del estudio, y la digitalización de toda la información. CONCLUSIÓN: A pesar de observarse tasas de inmunidad elevadas entre el personal sociosanitario, en nuestro estudio, el porcentaje de no inmunizados y de ausencia de información con respecto al estado serológico del VHB nos sugiere la necesidad de estrategias dirigidas a este colectivo, ya que se exponen a un importante riesgo de adquirir la infección por el virus de la hepatitis B durante su práctica diaria a través de exposiciones accidentales tanto por vía percutánea como por vía cutáneo-mucosa de pacientes infectados por el virus.⁶⁻⁸ La valoración de la respuesta postvacunal en los profesionales de nueva incorporación, estudiantes, así como los vacunados de hace más de una década, sería deseable para poder considerar la revacunación en los que no hayan logrado los niveles de protección. 1 Las implicaciones para la práctica clínica tras los resultados obtenidos, es que se deberían ampliar las campañas informativas sobre la hepatitis B y dirigir estas a todo el personal, incluyendo el personal no sanitario que se encuentra en riesgo potencial. 9

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Campins M, Tuma U. Epidemiología general de las infecciones adquiridas por el personal sanitario. Inmunización del personal sanitario. 2014;32(4):259–65.
2. Kashyap B, Tiwari U, Prakash A. Indian Journal of Medical Specialities Hepatitis B virus transmission and health care workers: Epidemiology , pathogenesis and diagnosis. J Patient Saf Infect Control. 2018;9(1):30-5.
3. Domínguez A, Urbiztondo L, Bayas JM, Borrás E, Broner S, Campins M, et al. Serological survey of hepatitis B immunity in healthcare workers in Catalonia (Spain) Serological survey of hepatitis B immunity in healthcare workers in Catalonia (Spain). Hum Vaccin Immunother. 2017;13(2):435–9.
4. Sahana H V, Sarala N, Prasad SR. Decrease in anti-HBs antibodies over time in medical students and healthcare workers after Hepatitis B vaccination. BioMed Research International. 2017
5. Zaffina S, Marcellini V, Paola A, Scarsella M, Camisa V, Rosaria M, et al. Repeated vaccinations do not improve specific immune defenses against Hepatitis B in non-responder health care workers. Vaccine. 2014;32(51):6902–10.
6. Gara N, Abdalla A, Rivera E, Zhao X, Werner JM, Liang TJ, et al. Durability of antibody response against hepatitis B Virus in healthcare workers vaccinated as adults. 2015; 60:505–13.
7. Cáceres S. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo: Actualización sobre inmunización contra la hepatitis B en trabajadores sanitarios. 2009;18(2):8-14
8. 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.
9. González JM, González M, Rodríguez R. Vacuna de hepatitis B entre personal de Atención Primaria. SEMERGEN. 2009;35(1):2–9.
10. Yoshioka N, Deguchi M, Hagiya H, Kagita M, Tsukamoto H, Takao M, et al. Durability of immunity by hepatitis B vaccine in Japanese health care workers depends on primary response titers and durations. 2017;1

Mesa de Comunicaciones 4: Enfermería y profesión

Concurrent Session 4: Nursing profesion

AUTORES/AUTHORS:

Laura Visiers-Jiménez, David Peña-Otero, Ana García-Pozo, Ana María Recio-Vivas, Isabel Baeza-Monedero, Satu Kajander-Unkuri

TÍTULO/TITLE:

Autoevaluación de competencias de los estudiantes egresados de Enfermería en Europa.

OBJETIVOS: Evaluar y comparar el nivel de competencias percibido por los estudiantes de enfermería europeos en el momento de su graduación.

MÉTODO: Estudio descriptivo transversal llevado a cabo en seis universidades europeas. Los sujetos participantes fueron estudiantes de enfermería. La recogida de datos tuvo lugar entre los meses de mayo y septiembre de 2017, al finalizar su formación. La auto-evaluación de sus competencias se realizó a través de la Nurse Competence Scale previamente traducida, adaptada y validada culturalmente a cada idioma. Dicha escala consta de 73 ítem clasificados en siete categorías: rol de ayuda, enseñanza-entrenamiento, funciones diagnósticas, gestión de situaciones, intervenciones terapéuticas, garantía de calidad, y rol de trabajo. La percepción del nivel de consecución de cada ítem fue medido a través de un escala visual analógica de 0 a 100, siendo 0 el menor nivel de competencia auto-percibido y 100 el máximo. Se definen cuatro rangos de nivel competencial: Bajo (0-25), Regular (>25-50), Bueno (<50-100), Muy Bueno (>75-100).

RESULTADOS: Participaron en el estudio 210 enfermeros recién graduados de 6 nacionalidades (45 en Finlandia, 52 en Italia, 27 en España, 29 en Portugal, 24 en la República Checa y 33 en Eslovenia).

La mejor percepción de nivel competencial global fue en Portugal (70,4) seguida de República Checa y Finlandia (64,2) e Italia (57,4), calificada en todos ellos como buena. Los estudiantes de España (41,5) y Eslovenia (33,3) tuvieron un nivel de percepción competencial global regular.

Por categorías destaca: Portugal en Enseñanza-entrenamiento (66,3), Funciones Diagnósticas (70,4), Intervenciones terapéuticas (71,1), Garantía de Calidad (69,8) y Rol de Trabajo (69,8); Finlandia en Rol de ayuda (74,2); y, República Checa en Gestión de Situaciones (71,8). Los participantes de Eslovenia son los que peor autoevalúan todas las categorías competenciales, clasificándolas en un nivel de adquisición regular.

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

La percepción de los estudiantes con respecto a su adquisición competencial es mayoritariamente evaluada como buena o regular, igual o inferior a estudios previos realizados de manera local. Coincide con el estudio llevado a cabo por Kajander-Unkuri et al. en que sean las competencias incluidas en la categoría de Rol de Ayuda las que sean percibidas con un mayor nivel competencial y, entre las menores, las agrupadas en Intervenciones Terapéuticas y Aseguramiento de la Calidad.

El seguimiento de la trayectoria del nivel de percepción competencial de los estudiantes de enfermería desde que finalizan su carrera permitirá reflexionar sobre la formación de los profesionales y su comparación con los de otras universidades del entorno europeo mejorando los planes de estudio con una proyección formativa y laboral internacional.

CONCLUSIONES: La percepción de nivel competencial de los estudiantes de enfermería europeos al graduarse es media. Destacan positivamente las puntuaciones obtenidas en la categoría de Rol de Ayuda. En España, desde el punto de vista de los estudiantes es necesario fortalecer el desarrollo de competencias relacionadas con Aseguramiento de la Calidad y Enseñanza-entrenamiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Gardulf, A., Nilsson, J., Florin, J., Leksell, J., Lepp, M., Lindholm, C., ... & Johansson, E. (2016). The Nurse Professional Competence (NPC) Scale: Self-reported competence among nursing students on the point of graduation. *Nurse education today*, 36, 165-171.
- Kajander-Unkuri, S., Meretoja, R., Katajisto, J., Saarikoski, M., Salminen, L., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2014). Self-assessed level of competence of graduating nursing students and factors related to it. *Nurse Education Today*, 34(5), 795-801.
- Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse competence scale: development and psychometric testing. *Journal of advanced nursing*, 47(2), 124-133.
- Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., & Meretoja, R. (2017). Development of nurses' professional competence early in their career: A longitudinal study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(1), 29-39.

Theander, K., Wilde-Larsson, B., Carlsson, M., Florin, J., Gardulf, A., Johansson, E., ... & Nilsson, J. (2016). Adjusting to future demands in healthcare: Curriculum changes and nursing students' self-reported professional competence. *Nurse education today*, 37, 178-183.

Visiers-Jiménez, L., Otero, D. P., Monedero, I. B., Vivas, A. M. R., Kajander-Unkuri, S., & García-Pozo, A. (2019). Evaluación de competencias entre los profesionales formados en España. Validación al castellano de la escala Nursing Competence Scale. *TESELA, Liderazgo y Gestión*.

AUTORES/AUTHORS:

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

TÍTULO/TITLE:

Actitudes, Conocimientos y Habilidades de Estudiantes de Grado en Enfermería sobre Salud Medioambiental Infantil

1. Objetivo:

La industrialización progresiva y excesiva está generando contaminación ambiental en el aire, la tierra y los ecosistemas acuáticos. La población pediátrica es la más vulnerable a los riesgos medioambientales debido a su inmadurez anatomofisiológica y su dependencia psicosocial (1).

Ante esta situación, las enfermeras están en una posición estratégica y privilegiada para detectar familias en riesgo. Por su parte, las universidades desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de enfoques educativos para resolver problemas relacionados con el desarrollo sostenible; sin embargo, los estudiantes de enfermería están poco preparados para comprender las conexiones entre el cambio climático, la sostenibilidad y la salud (2). Partiendo de esta base, el objetivo del presente estudio fue determinar las actitudes, conocimientos y habilidades sobre salud medioambiental infantil en estudiantes de Grado en Enfermería. Como resultado, se pueden desarrollar estrategias para incluir competencias deficientes en materia medioambiental en los planes de estudios de enfermería.

2. Métodos:

Se diseñó un estudio transversal multicéntrico. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia en ocho universidades españolas: Universidad de Almería, Universidad de Cantabria, Universidad de Córdoba, Universidad de Granada, Universidad de Jaén, Universidad de Lleida, Universidad de Málaga y Universidad de Sevilla.

Los datos fueron recolectados de 2.462 estudiantes universitarios del grado de enfermería desde septiembre de 2017 hasta junio de 2018, en sesiones de 15 a 20 minutos durante clases de grupos grandes por individuos entrenados en la recolección de datos. Se utilizaron tres instrumentos para medir las competencias en salud medioambiental infantil (actitudes, conocimientos y habilidades): Sustainability Attitudes in Nursing Survey (SANS_2), con un alfa de Cronbach de 0,85 (3); Children's Environmental Health Knowledge Questionnaire (ChEHK-Q), con un alfa de Cronbach de 0,75 (4); y Children's Environmental Health Skills Questionnaire (ChEHS-Q), con un alfa de Cronbach de 0,88 (4).

Se calcularon los valores descriptivos de los datos demográficos y las puntuaciones de los cuestionarios. Se utilizó MANOVA para contrastar hipótesis. Un valor de $p < 0,05$ se estimó como significativo.

El presente estudio fue aprobado por el comité de ética de la institución que dirigió el estudio. Los estudiantes no fueron obligados a rellenar los cuestionarios. Y se garantizó la confidencialidad de los datos personales.

3. Resultados:

Se encontró que 2.155 (87,53%) estudiantes tenían una buena actitud con respecto a problemas de salud medioambiental infantil, mientras que 280 (11,37%) estudiantes tenían una actitud insuficiente o pobre. En referencia a conocimientos, 501 (20,35%) estudiantes tenían un buen conocimiento, mientras que 1.902 (77,25%) tenían un conocimiento insuficiente o pobre. Y en cuanto a

las habilidades, 1.162 (47,20%) estudiantes tenían buenas habilidades, mientras que 1.226 (49,80%) tenían habilidades insuficientes o deficientes.

La puntuación media de actitudes fue de $24,56 \pm 5,67$ (máximo 35). El ítem uno ("el cambio climático es un tema importante para enfermería") tuvo la actitud percibida más alta ($5,45 \pm 1,40$), y el ítem dos ("los temas sobre cambio climático deben ser incluidos en el currículum de enfermería") tuvo la actitud percibida más baja ($4,29 \pm 1,57$). La puntuación media de conocimientos fue de $12,14 \pm 4,17$ (máximo 26). El ítem uno ("la población pediátrica es más susceptible a las amenazas medioambientales debido a su inmadurez biológica") tuvo el mayor porcentaje de respuestas correctas (87,50%), mientras que el ítem cinco ("el óxido de nitrógeno procedente de combustibles fósiles en el hogar y humo de tabaco producen enrojecimiento y quemaduras en la piel") tuvo el menor (10,80%). El ítem más desconocido fue el 22 ("los colorantes y los conservantes alimentarios se asocian a problemas del sistema nervioso central"), con un índice de ignorancia del 51,40%. La puntuación media de habilidades fue de $35,14 \pm 4,15$ (máximo 60). El ítem dos ("soy capaz de identificar los riesgos medioambientales que pueden producir enfermedades respiratorias en un niño o una niña") tuvo las habilidades percibidas más altas ($3,39 \pm 1,01$), y el ítem tres ("soy capaz de reconocer los riesgos medioambientales que pueden producir enfermedades neoplásicas en un niño o una niña") tuvo las habilidades percibidas más bajas ($2,82 \pm 1,03$).

El género fue estudiado, y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a competencias en salud medioambiental infantil, $\chi^2 = 0,992$, $F(3, 2.356) = 6,24$, $p < 0,001$, $\chi^2 = 0,008$. Los hombres de la muestra tenían mejor media en habilidades.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en actitudes, conocimientos y habilidades comparando los cursos académicos, $\chi^2 = 0,962$, $F(12, 6.281,31) = 7,72$, $p < 0,001$, $\chi^2 = 0,013$. Las competencias en salud medioambiental infantil son menores en el primer año y aumentan a lo largo de los cursos, aunque hay una ligera disminución en el cuarto año.

Las competencias en salud medioambiental infantil fueron significativamente diferentes en estudiantes que habían asistido a una sesión sobre sostenibilidad y enfermería en los tres meses anteriores, estudiantes que habían asistido a una sesión pero más de tres meses antes, y los que no habían asistido, $\chi^2 = 0,968$, $F(6, 4.642) = 12,806$, $p < 0,001$, $\chi^2 = 0,016$. Los estudiantes que habían asistido a una sesión sobre sostenibilidad y enfermería en los tres meses anteriores obtuvieron 6,11% mejores resultados en actitudes que los estudiantes que no habían asistido a ninguna sesión. Además, los estudiantes que habían asistido a una sesión sobre sostenibilidad y enfermería más de tres meses antes, obtuvieron 9,93% mejores puntuaciones en actitudes, 11,16% mejores puntuaciones en conocimientos y 3,82% mejores puntuaciones en habilidades que los estudiantes que no habían asistido a ninguna sesión.

4. Discusión:

Los estudiantes de enfermería tienen una actitud positiva hacia el manejo de los problemas medioambientales; sin embargo, carecen de los conocimientos y habilidades necesarias en este campo. Así, se podría decir que las competencias medioambientales entre los estudiantes de enfermería son insuficientes, pero existe una actitud positiva hacia la necesidad de manejar los problemas de salud medioambiental.

El problema es mayor en el caso de conocimientos, lo que sugiere que la inclusión de temas relacionados con la forma en que el medio ambiente afecta la salud infantil es imperativa, ya que los estudiantes de enfermería tienen una actitud suficientemente positiva respecto a la importancia de estos temas, pero requieren un conocimiento más profundo para desarrollar habilidades en este

campo.

En el presente estudio, los estudiantes varones de la muestra fueron más capaces de manejar problemas medioambientales en la infancia ya que sus puntuaciones medias en habilidades fueron más altas que las de las estudiantes mujeres. Nuestros resultados concuerdan con los reportados por otro estudio en estudiantes de grado (5). Sin embargo, este fenómeno no ha sido evaluado previamente en estudios realizados en estudiantes de enfermería (3,6,7,8), y es necesario entender por qué se producen estas diferencias de género con el objetivo de implementar las medidas requeridas para mejorar el cumplimiento de los principios ambientales.

Los estudiantes de tercer año tuvieron puntuaciones más altas en actitudes y habilidades, y los estudiantes de segundo año tuvieron puntuaciones más altas en conocimientos, mientras que los estudiantes de primer año tuvieron las competencias en salud medioambiental infantil más bajas. Estos datos muestran que los estudiantes adquieren mayores competencias para manejar los problemas de salud medioambiental infantil a medida que avanzan los cursos académicos; por lo tanto, es importante incluir temas ambientales de manera progresiva, comenzando en el primer año, como lo respaldan varios estudios previos (8,9).

La asistencia a sesiones sobre sostenibilidad y enfermería ha demostrado que mejora las actitudes, los conocimientos y las habilidades en salud medioambiental infantil; sin embargo, los resultados son estadísticamente significativos en las áreas de conocimientos y habilidades tres meses después de las sesiones, cuando los estudiantes han sido capaces de practicar lo que han aprendido. Estos resultados son similares a los encontrados anteriormente en sesiones medioambientales en Plymouth, Reino Unido (10,11) y en los países árabes (6,8).

Los resultados de actitudes en otros estudios usando SANS_2, son superiores a los encontrados por Richardson y cols. (3) en 2016 en España y Richardson y cols. (11) en 2017 en el Reino Unido, cuyas puntuaciones fueron 22,71 y 24,11, respectivamente, mientras que nosotros encontramos una puntuación media de 24,56. Pero, las puntuaciones reportadas por Cruz y cols. (6,7) en los países árabes fueron más altas (25,11 y 32,95, respectivamente) que nuestros resultados. La puntuación media de los encuestados con respecto a su nivel de conocimientos sobre el impacto potencial del cambio climático en la salud utilizando una escala de 0 a 10 fue de 6,23 en un estudio realizado en países árabes (8), lo que indica un nivel moderado de conocimiento; mientras que, en el presente estudio, la puntuación fue inferior (4,67), sin alcanzar el punto medio. Esto podría deberse a que los ciudadanos de los países árabes se han visto más afectados por el cambio climático, por lo que el conocimiento de sus efectos es mayor. Además, estos hallazgos pueden estar relacionados con la presencia de legislación ambiental, que se ha convertido en una parte vital de los planes de desarrollo de los países.

A pesar de las fortalezas del presente estudio, existen ciertas limitaciones. La primera es que la deseabilidad social pudo jugar un papel en la forma de responder los cuestionarios de actitud y habilidades, y la segunda es que la muestra se obtuvo de manera no aleatoria, por lo que existe la posibilidad de error de muestreo.

Los futuros proyectos deberían seguir los pasos de los países árabes, como el cambio de la legislación, ya que estas medidas han demostrado ser muy eficaces (6,7,8) para promover la sostenibilidad y la investigación ambiental. Este trabajo forma parte del proyecto Salud Ambiental Infantil (12), que evalúa las actitudes, los conocimientos y las habilidades con respecto a la salud medioambiental infantil en estudiantes de enfermería de diferentes universidades europeas; la siguiente fase se centra en la realización de intervenciones educativas teniendo en cuenta las áreas deficitarias encontradas.

Estos hallazgos muestran claramente la necesidad de cambiar el currículo de enfermería e incluir temas sobre la salud medioambiental infantil, ya que los estudiantes de enfermería tienen presente la importancia del tema, pero carecen de los conocimientos y habilidades necesarios para manejar problemas o enfermedades causadas por el medioambiente. Es un imperativo desarrollar enfoques para cambiar esta realidad - el cambio climático está avanzando, por lo que la enfermería debe avanzar con él.

El presente estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Landrigan PJ, Fuller R, Fisher S, Suk WA, Sly P, Chiles TC y cols. Pollution and Children's Health. *Sci Total Environ.* 2019;(650-Part 2):2389-94.
2. Kirk M. The Impact of Globalisation and Environmental Change on Health: Challenges for Nurse Education. *Nurse Educ Today.* 2002;22(1):60-71.
3. Richardson J, Heidenreich T, Álvarez-Nieto C, Fassier F, Grose J, Huss N y cols. 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.
4. Álvarez-García C, Álvarez-Nieto C, Pancorbo-Hidalgo PL, Sanz-Martos S, López-Medina IM. Student Nurses' Knowledge and Skills of Children's Environmental Health: Instrument Development and Psychometric Analysis using Item Response Theory. *Nurse Educ Today.* 2018;69:113-9.
5. Levine DS, Strube MJ. Environmental Attitudes, Knowledge, Intentions and Behaviors among College Students. *J Soc Psychol.* 2012;152(3):308-26.
6. Cruz JP, Alshammari F, Felicilda-Reynaldo RFD. Predictors of Saudi Nursing Students' Attitudes Towards Environment and Sustainability in Health Care. *Int Nurs Rev.* 2018;65:408-16.
7. Cruz JP, Felicilda-Reynaldo RFD, Alshammari F, Alquwez N, Alicante JG, Obaid KB y cols. Factors Influencing Arab Nursing Students' Attitudes Toward Climate Change and Environmental Sustainability and their Inclusion in Nursing Curricula. *Public Health Nurs.* 2018;35(6):598-605.
8. Felicilda-Reynaldo RFD, Cruz JP, Alshammari F, Obaid KB, Rady HEAEA, Qtait M y cols. Knowledge of and Attitudes Toward Climate Change and its Effects on Health among Nursing Students: a Multi-Arab Country Study. *Nurs Forum.* 2018;53(2):179-89.
9. Erdogan N. Environmental Worldviews in Higher Education: a Case Study Of Turkish College Students. *Behav Sci.* 2013;106:1086-95.
10. Richardson J, Grose, J., Doman, M., y Kelsey, J. The Use of Evidence-Informed Sustainability Scenarios in the Nursing Curriculum: Development and Evaluation of Teaching Methods. *Nurse Educ Today.* 2014;34(4):490-93.
11. Richardson J, Grose J, Bradbury M, Kelsey J. Developing Awareness of Sustainability in Nursing and Midwifery using a Scenario-Based Approach: Evidence from a Pre and Post Educational Intervention Study. *Nurse Educ Today.* 2017;54:51-5.
12. Enfermería e Innovación en Cuidados de Salud (CuidSalud). (2018). Salud Medioambiental Infantil. Recuperado de: <http://cuidsalud.com/en/inv/childrenenvironmental-health/> (acceso 6 de septiembre de 2019).

Sesión de Comunicaciones Orales Breves I

Session of Oral Brief Presentations I

AUTORES/AUTHORS:

DANIELA CELIA MONTESDEOCA RAMÍREZ, JOSÉ CARMELO HENRÍQUEZ VENTURA

TÍTULO/TITLE:

La dieta... ¿es solo cosa de mujeres?

1.- Objetivo

Identificar el perfil de los hombres, con factores de riesgo cardiovascular, que manifiestan dificultad para asumir la dieta equilibrada como parte del tratamiento y cuidado.

2.- Método

Se planteó un estudio descriptivo observacional con usuarios de una zona de salud de Gran Canaria, atendidos en dos consultas de enfermería. Para ello se usó un cuestionario con variables sociodemográficas, variables relacionadas con la adherencia y con el nivel de conocimientos sobre la dieta prescrita entre otras. La muestra quedó conformada por 81 hombres con baja adherencia a la dieta indicada (edades entre 35 y 68 años) escogidos de manera intencional en las consultas, previo consentimiento informado durante septiembre y diciembre de 2017.

3.- Resultados

Los problemas relacionados con la dieta indicada fueron: HTA, dislipemia, diabetes y obesidad. El 80% de los participantes entre 55-65 años y casados opinaron que el cumplimiento de la dieta dependía de su mujer, que es quien cocina habitualmente, y no asumen esa responsabilidad como suya. Por otro lado, los hombres de similar edad, que viven solos, alegan no disponer de tiempo, para tener una buena adherencia, relacionado con el trabajo, imposibilidad de hacer la compra lo cual favorece improvisar la ingesta de alimentos y comer fuera de casa, habitualmente recurren a la madre u otro familiar femenino para organizar esta necesidad. Los hombres más jóvenes (35-45 años) son más receptivos al consejo nutricional, aunque comen con mayor frecuencia fuera de casa por motivos de trabajo, como razón principal. Estos manifiestan que los fines de semana suelen participar en la elaboración de la comida familiar. Por último, los hombres jubilados presentan el agravante de ser más sedentarios, tras dejar de trabajar, han aumentado de peso de manera significativa (8 Kg de media) y casi en su totalidad manifiestan que esta esfera del autocuidado es responsabilidad exclusiva de la mujer.

A mayor edad, se ha observado una actitud más negativa relacionada con el incumplimiento, derivando esta responsabilidad en sus esposas. A menor edad de los pacientes hombres, la actitud individual es más responsable, aunque muy por debajo de la implicación que muestran las mujeres de similar edad.

4.- Discusión

En consonancia con otras evidencias, el patrón alimentario es muy complejo (1) y además se ha podido constatar que continúa siendo asumido mayoritariamente por la mujer (2), de ahí posiblemente que los pacientes hombres casados y que normalmente acuden acompañados de su mujer a consulta, presenten un mejor control de sus factores de riesgo y una mejor adherencia a la dieta indicada (3,4).

Por otro lado, aquellos pacientes hombres que viven solos presentan con mayor frecuencia un patrón alimentario disfuncional. La alimentación no se limita solo al acto de consumir alimentos. Previamente, los alimentos deben ser seleccionarlos, adquiridos y elaborados, esto conlleva un tiempo que en muchas ocasiones es una debilidad manifestada por los informantes para implementar una dieta equilibrada. Hechos evidenciados en otros estudios (5,6). Por otro lado, el factor tiempo determina que prevalezca más el gusto, el gozo y la improvisación que los aspectos dietéticos y nutritivos, siendo nuestra intervención menos eficaz, en este grupo. Aunque se ha realizado un esfuerzo intersectorial, desde la escuela, en promocionar la mejora de los hábitos alimentarios y el

fomento de la actividad física en el control de los factores de riesgo cardiovascular. Tal vez exista una carencia en el abordaje, desde la perspectiva de género, dimensión social, cultural y/o educacional a la hora de asumir por parte del hombre, la responsabilidad de llevar a cabo una dieta adecuada como base de su tratamiento y control de salud.

La cocina en el ámbito familiar es, actualmente, responsabilidad casi en exclusividad de la mujer, hecho que constatamos día a día en nuestras consultas de enfermería. El nivel de conocimientos, la aptitud y la autonomía es determinante en el cambio de conducta, así como en el nivel de autocuidados. Desde la práctica clínica debemos realizar un abordaje socio-cultural del comportamiento alimentario, con el fin de alcanzar mayor eficacia en nuestras intervenciones grupales y/o comunitarias, desde el escenario del autocuidado como primer nivel asistencial.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- 1.- Denegri MD, Castaño AL, Schnettler BL, Vivallo OG. Bienestar subjetivo y patrones de alimentación en adultos chilenos: Un estudio cualitativo. Revista mexicana de trastornos alimentarios. [Internet] 2016 [Consultado 3 abril de 2019]; 7(2):105-115. Disponible en: <https://bit.ly/2YAETeY>
- 2.- Troncoso C, Amaya A, Acuña J, Villablanca F, Yévenes N. Perspectivas de adultos mayores sobre aspectos sociales que condicionan su alimentación. Gaceta Médica Boliviana. [Internet] 2017 [Consultado 3 abril de 2019];40(1):14-20. Disponible en: <https://bit.ly/2MgQeub>
- 3.- Samper MA. La cocina y la mesa: deber y placer de las mujeres. La Aljaba: Segunda Época. Revista de Estudios de la Mujer. [Internet] 2015 [Consultado 3 abril de 2019]; 19:17-36. Disponible en: <https://bit.ly/33qB22A>
- 4.- Andreatta MM, Martínez, A. Alimentación cotidiana y normas de género: un etnodrama. Apostadigital; Aposta Revista de Ciencias sociales [Internet] 2017 [Consultado 3 abril de 2019]; 73: 9-29. Disponible en: <https://bit.ly/2KE6925>
- 5.- Urrutia VG, Figueroa AJ. Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. POLIS, Revista Latinoamericana. [Internet] 2015 [Consultado 3 abril de 2019]; 14(40):1-15. Disponible en: <https://bit.ly/2ZMrb59>
- 6.- Hernández- Prados MA, Lara-Guillén BM. Responsabilidad familiar. ¿Una cuestión de género? Revista de Educación Social y Género. [Internet] 2015 [Consultado 3 abril de 2019]; 21:28-44. Disponible en: <https://bit.ly/2Nnk24X>

AUTORES/AUTHORS:

Angeles Pastor-Lopez, Josefa Lovera-Sillero, Concepcion Mansilla Pedregosa, Gema Delis Carrion, Alberto Garrido Arroyo, Pedro Muñoz Pastor

TÍTULO/TITLE:

Identificando BIENESTAR/SALUD en Mujeres que acuden al Grupo Socioeducativo (GRUSE) en un centro de atención primaria d

El desarrollo de activos en salud es el tercer compromiso del IV Plan Andaluz de Salud (1), que lo define como todo factor o recurso que aumenta la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar. Los Grupos Socio-educativos (GRUSE) (2) son una actividad de promoción de salud, destinada a fomentar los activos en salud mental de la población general así como de grupos vulnerables. Mediante una estrategia grupal socio-educativa se pretende desarrollar y potenciar talentos y habilidades personales e identificar recursos de la comunidad. Aprovechamos este grupo para trabajar con el modelo teórico basado en la salutogénesis y el modelo de activos (2,3)

Objetivo:

Identificar activos en salud existentes en la unidad de gestión clínica de Aeropuerto a través de la mirada de las mujeres que acuden a los Gruse (Grupos Socioeducativos).

Metodología:

Investigación acción participativa. Proyecto llevado a cabo en el centro de Salud Aeropuerto (Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir) con mujeres que acuden al Gruse en el periodo de octubre/noviembre 2018. Todas las mujeres viven en la zona de referencia del Centro de Salud (Vistalegre, Parque Cruz Conde, Ciudad Jardín, Aeropuerto). El equipo de trabajo está formado por la trabajadora social del centro, es quien dirige y coordina estos grupos y la Enfermera Gestora de Casos como coordinadora del proyecto. El proyecto ha tenido las siguientes fases:

Fase I Definir y planificar con los profesionales implicados (T. Social y EGC) objetivos y área del mapeo, así como la metodología que se va a utilizar.

Fase II Informar a las mujeres del objetivo del mapeo. Se les explica cómo realizar el photovoice, una técnica que consiste en fotografías realizadas con el móvil particular de cada uno de los/as alumnos/as, tienen que poner etiquetas en las fotos y que tienen que enviar a través de wasapp o correo electrónico Se realiza una sesión específica para la identificación de activos. Se utiliza una metodología activa-participativa, mediante el brainstorming. Se les explica el objetivo y metodología a utilizar. La pregunta que se les ha realizado es "Que lugares, personas o cosas que hacéis y con las que estáis a diario proporcionan bienestar, en la zona donde vivís, por donde os movéis"

Fase III A través de la dinámica grupal se expone lo que para ellas es la idea de "Bienestar y Salud" y que es lo que se lo proporciona en el entorno. Se crea un clima distendido y de debate.

Fase IV En la misma reunión y de forma colectiva, se identifican los activos

Resultados:

En total han participado 10 mujeres. Heterogeneidad en el grupo: mujeres de nivel socioeconómico medio- alto. Edades comprendidas entre los 61 y 90 años, siendo la media de 74años y la mediana de 76 años. Viudas o solteras, hay una mujer separada. Estudios desde nivel superior a nivel primario (estudios básicos, saben leer y escribir).

Como característica principal, viven en la misma zona. Han participado activamente todas las mujeres, han enviado entre 3 y 5 fotografías cada una, entre los activos etiquetados destacar: el parque cruz conde (zona verde), centro cultural de la zona, polideportivos, las amigas, nietos, el yoga, la iglesia, las flores, la facultad de mayores) En el brainstorming posterior a la exposición de las fotografías destacan estos lugares y aparecen otros como el mercado de abastos de la zona, farmacia, comercios del barrio, paseos. Se realiza una puesta en común y discusión sobre las ideas recogidas. El grupo expone la excelente experiencia que han

tenido y han podido compartir. Se visibilizan y se difunden los activos, algunos de ellos desconocidos sirven para que interesen por ellos. Se realiza evaluación del proceso por el equipo de trabajo de campo y por parte de las mujeres. Difusión de la experiencia a los profesionales de la unidad.

Discusión/conclusiones: Se refuerza al grupo con la exposición de los resultados. Satisfacción manifiesta por parte de las participantes. La experiencia ha sido muy positiva tanto para las participantes (así lo han manifestado) como para el equipo de salud. En el grupo ha habido conexión a pesar de la heterogeneidad mencionada. Se han visto identificadas en las emociones, experiencias etc, siendo un grupo de apoyo/ayuda mutua.

La estrategia de los Grupos Socioeducativos (GRUSE) en nuestra UGC nos da una oportunidad para empoderar a la mujer mediante la metodología de identificación de activos en la comunidad.

Trabajar con activos en salud supone un modelo para la promoción de salud, en positivo, y en la zona en la que las mujeres objetivo de este trabajo, se mueven habitualmente. Hacerlas conscientes de que su "rutina" puede ser fuente de salud

Palabras clave: Activos en salud, Atención Primaria, Grupos socioeducativos

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1) <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sobre-junta/planes/detalle/41144.html>

2)

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/iii-area-de-atencion-la-comunidad/1-atencion-la-comunidad/12-abordaje-grupal-de-actividades-preventivas/122-grupos-socioeducativos-en-atencion-primaria-gruse>

3) Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013.

4) Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. Rev Esp Sanid Penit 2013; 15: 78-86

5) <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2016/07/08/4-investigacion-accion-participativa-photovoice/>

AUTORES/AUTHORS:

Clara Isabel Posada Abadía, Maria Teresa Gonzalez Gil

TÍTULO/TITLE:

Estrategias metodológicas para el abordaje a mujeres vulnerables: Una Experiencia enfermera

Objetivos:**General**

Comprender la realidad de la situación de sinhogarismo desde la propia percepción de una mujer víctima de violencia de género como caso representativo, sus estrategias de afrontamiento.

Específicos

- 1.Explorar experiencia de vida de una mujer sin hogar victima de violencia de género como caso único cualitativo.
- 2.Aplicar el Foto Voice como herramienta de exploración segura por su poder evocador de narrativa visual.
- 3.Plantear la propuesta conceptual de recuperación de los Modelos de "Marea" y "Autotrascendencia".

El presente trabajo hace parte de la tesis doctoral sobre mujer, sinhogarismo y violencia llevada a cabo en la Universidad Autónoma de Madrid, como parte de sus experiencias metodológicas dentro del proceso de trabajo de campo y recogida de datos de la investigación global desarrollado entre diciembre/2017-febrero/2019. Diseño cualitativo,, orientado desde la Teoría Fundamentada y caso único cualitativo. Ámbito de estudio un centro de acogida para personas sin hogar en Madrid, perteneciente a la red de atención del Samur Social.

Selección intencional de carácter teórico del caso único cualitativo, previo a una entrevista en profundidad de una mujer cuyas características son representativas del fenómeno de estudio, capaz de hablar de su proceso de recuperación y que cuenta con estrategias de afrontamiento como sus creaciones artísticas (pintura, fotografía).

Con el cumplimiento de consentimiento informado y principios éticos.

Como propuesta teórica se plantea el Caso Único Cualitativo: Es una descripción, análisis intensivo y holístico de una sola instancia o fenómeno social que contribuye a la comprensión de la naturaleza de este.

Como propuesta conceptual: Los Modelos de Recuperación "modelo de marea" Phil Barker y Poppy Buchanan-Barker: Ayuda a las personas a recuperar su historia personal desde su propia voz, encontrando significado a sus experiencias. Utilizando la metáfora del agua, de las mareas. (crisis, avería, rehabilitación, recuperación) y Modelo de "Autotrascendencia" Pamela Reeds: Conceptos teóricos: vulnerabilidad, autotrascendencia y bienestar. Autotrascendencia es mayor en personas más vulnerables; está relacionada con la forma positiva del bienestar y la presencia de factores personales y contextuales que actúan como mediadores o moderadores.

La propuesta de exploración como herramienta: Foto Voice: Es un proceso por el cual las personas pueden identificar, representar y registrar aquellas fortalezas/ preocupaciones a través de una técnica fotográfica, con el fin de promover el diálogo crítico y el conocimiento sobre temas importantes para las personas.

Pasos metodológicos:

- 1.Encuentro individual para expresar el objetivo del Foto Voice y consentir participación voluntaria.
- 2.Elección del medio (teléfono móvil).
- 3.Realización de fotografías (mensaje personal en cada fotografía, significado personal).
- 4.Análisis iconográfico (contenido manifiesto, descripción evocadora)
- 5.Construcción guión de la entrevista (basado en modelos conceptuales).
- 6.Realización de nueva entrevista (contrastar significados).

7. Análisis entrevista (contenido latente): Comprensión de la vivencia y continuidad en atención.

Resultados:

Mujer 52 años, en proceso de divorcio con 2 hijos, de origen extranjero, que lleva en España 20 años, víctima en la infancia de violencia y abusos por parte de su familia y víctima de red de trata de personas. Realizó 24 fotografías impresas, todas ellas referente a su experiencia de vida en el centro de acogida, de las cuales se seleccionaron 14 para el análisis consideradas como representativas en sus aportaciones.

Los hallazgos profundizaron en categorías previamente construidas en el conjunto de la investigación "Fracaso vital como madre" que considera la maternidad, un rol doloroso por no haber sido ejercido; "Estrategias de afrontamiento" para la supervivencia emocional, tales como creaciones artísticas como la pintura y la fotografía; "Reconstrucción de una red social" con sus iguales y personal del centro y emergió "El arte como expresión transformadora de la percepción y aprendizaje" como forma de expresar el sufrimiento y la recuperación.

Discusión: Los estudios cualitativos, permiten implementar y aplicar diversas metodologías que enriquecen no solo al comprender el fenómeno de estudio, sino la creatividad de quien investiga a personas vulnerables. La utilización del caso único como propuesta teórica, permitió integrar conceptos de dos modelos conceptuales enfermeros y la aplicación de otras herramientas exploratorias como el Foto Voice, la fotografía por su narrativa visual permitió el acceso a la experiencia para captar elementos más profundos de la sensibilidad humana, metafóricos cargados de simbolismos que en ocasiones con la palabra no se pueden expresar, útil en la atención a mujeres víctimas de violencia de género.

Útil para enseñar como la enfermera es acompañante principal hacia la autotrascendencia y como esta "terapia simbólica" sirve para ser capaces de expresarnos y comunicarnos desde lo que nos rodea, desde una perspectiva más profunda, espiritual y holística, sin revictimización.

El presente trabajo no tiene ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Barker P. The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Perspect Psychiatr Care*, 2001; 06(8): 233–240.
- Gonzalez-Gil, T. El papel de la fotografía en la investigación cualitativa. *El Ser Enfermero*. 2008; 5: 5-11.
- Hellström I, Nolan, M, Lundh, U. "We do things together." *Dementia*. 2005; 4(1): 7–22. doi:10.1177/1471301205049188
- Lorenz LS. A way into empathy: a 'case' of photo-elicitation in illness research. *Health*. 2011; 15:259-75
- Merriam, SB. *Case Study Research in Education: A Qualitative Approach*. San Francisco CA: Jossey-Bass;1988.26p.
- Oter-Quintana C, González-Gil T, Martín-García Á, Alcolea-Cosín MT. Foto-elicitación: una herramienta útil para investigar la gestión

de la vulnerabilidad de las mujeres sin hogar. *Enfermería Clínica*.2017;27(5): 308–313. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.05.003

Raile, A. Martha. Tomey, M. *Ann. Modelos y teorías en enfermería*. Séptima edición. Barcelona, España: Elsevier Mosby, 2011 (p) (503-523) .

Wang C, Burris MA. Photovoice: Concept, Methodology, and Use for Participatory Needs Assessment. *Health Education & Behavior*. 1997; 24(3): 369–387. doi:10.1177/109019819702400309

AUTORES/AUTHORS:

Esther Domínguez-Solis, Margarita Calderón Galván, María del Carmen Barrera-Villalba, Isabel Domínguez-Sánchez, Marta Lima-Serrano, Joaquín Salvador Lima-Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Intervenciones no farmacológicas para reducir la ansiedad durante el embarazo, parto y puerperio: revisión sistemática.

Objetivos: conocer el estado actual del conocimiento sobre las intervenciones no farmacológicas para reducir la ansiedad durante el embarazo, parto y puerperio, para responder a la pregunta ¿qué intervenciones no farmacológicas reducen la ansiedad de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio?

Método: revisión sistemática según las recomendaciones de la declaración PRISMA en las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science (WOS), CINAHL y Dialnet plus, en Diciembre de 2018, siguiendo la estrategia (pregnan* OR parturition OR "Delivery,Obstetric" OR "postpartum period" OR "posnatal period") AND anxiety AND ((treatment OR therap*) not "drug therapy"). Sin límite por año ni idioma para no descartar estudios útiles. Dos investigadores realizaron la extracción de datos independientemente. **Criterios de elegibilidad:** ensayos clínicos aleatorizados o diseños cuasi-experimentales, describir detalladamente las intervenciones para reducir la ansiedad durante el embarazo, parto y puerperio, y tener calidad científica moderada-fuerte, evaluada mediante la escala PEDro. Siempre que fue posible, los hallazgos se resumieron usando la medida del tamaño de efecto. Se inscribió el protocolo en el registro prospectivo internacional de revisiones sistemáticas PROSPERO, con el número: CRD42019127505.

Resultados: se identificaron 601 artículos, cumplieron los criterios de elegibilidad 21. Todos fueron ensayos clínicos aleatorizados. La mayoría (n=7) se realizaron en Irán e hicieron un seguimiento pre y postintervención. Las muestras oscilaron entre 90 y 409 participantes, todos los estudios tuvieron grupo control y las escalas de medición de la ansiedad más empleadas fueron la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo y el Inventario de Ansiedad Estatal de Estado-Rasgo de Spielberger. Las intervenciones no farmacológicas analizadas fueron muy heterogéneas, éstas estuvieron dirigidas principalmente a mujeres cuya edad osciló entre los 18 y 40 años. Dos estudios se realizaron con parejas y sólo uno sobre padres. Los lugares en los que se llevaron a cabo dichas intervenciones fueron variados, siendo el más frecuente el hospital, durante el parto todas fueron en este entorno, en contraposición durante el puerperio nos encontramos el mayor porcentaje e intervenciones realizadas en domicilio. El periodo de intervención osciló entre sesiones realizadas en un día y otras que se mantuvieron durante un periodo de ocho meses. Siendo el número medio de sesiones por semanas de 1 o 2, salvo en el parto. Once estudios se realizaron durante el embarazo, cuatro durante el puerperio, tres en ambos periodos y tres en el parto. Las intervenciones más efectivas fueron: terapia cognitivo conductual, musicoterapia, masaje realizado por la pareja y enfoque integrado de la terapia de yoga; la aromaterapia en el parto; los cuidados canguro con musicoterapia, psicoterapia y masaje durante el puerperio; y el coparenting, lectura autoguiada y formación prenatal entre las realizadas en los periodos de embarazo y puerperio, de forma continuada. Las intervenciones que resultaron no ser efectivas fueron la musicoterapia, aplicada únicamente durante la realización del registro cardiotocográfico y el uso de aceites esenciales en el parto. No se encontró relación entre el tiempo de intervención y la efectividad de la misma.

Discusión: La mayoría de los estudios centran sus intervenciones en la mujer, siendo escasos los que incluyen a la pareja o a otros miembros de la familia. En futuros estudios sería conveniente abordar intervenciones familiares para reducir la ansiedad. Numerosos trabajos se realizaron durante el embarazo y menos durante el parto y puerperio, lo que resulta interesante debido a que el nivel de ansiedad base encontrado en los tres periodos es similar. Esto hace recapacitar sobre la atención continuada a las necesidades durante todas las fases del proceso. Las enfermeras generalistas y enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología juegan un papel fundamental en la formación de madres y padres, así como en la detección y tratamiento de esta sintomatología. Promover prácticas de reducción de la ansiedad no farmacológicas que fueran de elección e interés de estas familias, ayudaría a reducir notoriamente el índice de ansiedad presente en todas las etapas. Los resultados de este trabajo alientan a seguir profundizando en

el estudio de este ámbito de actuación redirigiendo las intervenciones a otra población diana como las familias que viven un proceso de gestación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Dimidjian, S, et al.(2017). A pragmatic randomized clinical trial of behavioral activation for depressed pregnant women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(1), 26-36.
- Bastani, F., et al. (2005). A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(4), e36-40.
- Austin, M.-P., et al. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 35-44.
- Salehi, F., et al. (2016). Comparison of group cognitive behavioral therapy and interactive lectures in reducing anxiety during pregnancy: A quasi experimental trial. *Medicine*, 95(43), e5224.
- Bittner, A., et al. (2014). Early Intervention in Pregnant Women With Elevated Anxiety and Depressive Symptoms Efficacy of a Cognitive-Behavioral Group Program. *JOURNAL OF PERINATAL & NEONATAL NURSING*, 28(3), 185-195.
- Satyapriya, M., et al. (2013). Effect of integrated yoga on anxiety, depression & well being in normal pregnancy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19(4), 230-236.
- Chang, M.-Y., et al. (2008). Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *Journal of Clinical Nursing*, 17(19), 2580-2587.
- Mirghafourvand, M., et al. (2017). The Effect of Orange Peel Essential Oil on Postpartum Depression and Anxiety: A Randomized Controlled Clinical Trial. *IRANIAN RED CRESCENT MEDICAL JOURNAL*, 19(2).
- Jahdi, F., et al. (2016). The Effect of Slow-Stroke Back Massage on the Anxiety Levels of Iranian Women on the First Postpartum Day. *IRANIAN RED CRESCENT MEDICAL JOURNAL*, 18(8).
- Giallo, R., et al. (2014). The Efficacy of an Intervention for the Management of Postpartum Fatigue. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(5), 598-613.
- Norouzi, F., et al. (2013). The impact of kangaroo care and music on maternal state anxiety. *COMPLEMENTARY THERAPIES IN MEDICINE*, 21(5), 468-472.
- Milgrom, J., et al. (2011). Towards parenthood: an antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 385-394.
- Field, T., et al. (2013). Yoga and social support reduce prenatal depression, anxiety and cortisol. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 17(4), 397-403.

AUTORES/AUTHORS:

CARMEN MARÍA SÁNCHEZ TORRELO, ROGER ALONSO ROYO

TÍTULO/TITLE:

CASO CLÍNICO DE UN PACIENTE CON EL SACRO EXTERIORIZADO: YATROGENIA, CALIDAD DE VIDA Y FISIOTERAPIA

INTRODUCCIÓN

El presente estudio relata el tratamiento y evolución mediante intervención de fisioterapia de una paciente que, debido a las consecuencias yatrogénicas de la cirugía de un quiste pilonidal, queda como resultado un foramen dejando exteriorizado parte del hueso sacro.

OBJETIVO

Describir la mejoría de calidad de vida de una paciente con un foramen en el sacro con tratamiento de fisioterapia con terapia manual y diatermia.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio descriptivo de un caso clínico en la clínica FisiMedic en Dos Hermanas, Sevilla.

Paciente de 47 años, que después de diversas operaciones por un quiste pilonidal e infecciones posteriores, busca alternativas sanitarias no quirúrgicas. Este proceso le conlleva dolor, alteración de la sensibilidad, problemas estéticos y limitaciones en sus ABVD, ocio y familiar.

El tratamiento ha sido realizado durante 3 meses con 2 sesiones semanales de una hora de duración. La paciente es evaluada pre y post tratamiento.

Tratamiento: de terapia manual en la cicatriz, diatermia capacitiva (7 minutos a 25%) y resistiva (5 minutos a 65%). Se seca bien la zona y se recomienda no mojar durante 6 horas.

Tratamiento en domicilio: baños de contraste, trabajo con diferentes texturas para normalizar la sensibilidad, andar (30-60min/día), retomar sus actividades de ocio (Karate) y se recomienda la realización de Pilates con fisioterapeuta.

Se ha medido la calidad de vida con el SF12, la escala de dolor Numeric Pain Rating Scale (NPRS), la sensibilidad y la medición del foramen y cicatriz acompañada por imágenes gráficas siendo los datos analizados mediante Excel.

RESULTADOS

NPRS cambia de 9/10 a 8/10. SF12 cambia de 30/53 a 28/53.

Mediciones: Ancho cambia de 2cm a 1,9cm. Largo cambia de 3,5cm a 3cm. Largo cicatriz cambia de 2,5cm a 1,5cm.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Cuando en al inicio acude a consulta, la paciente refiere dolor intenso continuo que no le permite la sedestación, debido a las posturas antiálgicas refiere dolor en la espalda y cadera, la piel de alrededor del sacro está adherida, conjuntamente con él tiene un color oscuro y no refiere ningún tipo de sensibilidad.

Tres meses después la paciente es evaluada de nuevo, el tejido adherido se ha flexibilizado, el color oscuro de la cicatriz y el sacro se ha normalizado, la zona se ha sensibilizado por completo, la paciente puede realizar la sedestación en periodos alrededor de una hora, puede andar de forma normal, el dolor ha disminuido siendo leve en ocasiones y reduciendo la pauta de analgésicos de diario a puntualmente. Además, las mediciones y las imágenes del foramen también nos muestran cambios.

En general todos los resultados de las escalas y mediciones han disminuido, por lo tanto, podríamos hablar de una posible mejora en la calidad de vida y disminución del dolor.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados no pueden ser generalizados debido a que es un caso clínico. La realización de un ensayo clínico sería compleja

debido a la dificultad de conseguir muestra suficiente.

Los tests y pruebas han mostrado escasa sensibilidad, pues el cambio en la vida de la paciente no se ha reflejado en los cuestionarios, por lo tanto, en estudios próximos utilizaremos tests más sensibles.

El análisis estadístico es simple, pues no es posible utilizar estadísticos que generalicen los resultados por falta de muestra.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

El impacto en la vida diaria de las consecuencias iatrogénicas de los tratamientos es un resultado accidental, la búsqueda de la paliación y/o solución de los problemas que ello genera es un objetivo importante.

La disminución del dolor sin el uso de tratamientos invasivos es una metodología interesante pues las posibilidades iatrogénicas son menores.

La mejora de la calidad de vida en pacientes donde la patología que padecen no les permite realizar ABVD, es un objetivo importante como sanitarios y como personas que somos.

La independencia y autonomía de los pacientes es un objetivo muy importante porque libera al paciente y disminuye el síndrome del cuidador que a largo plazo tienen efectos negativos.

Abaratar costes tanto para el paciente como para el sistema público.

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER NINGÚN CONFLICTO DE INTERESES.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Amici JM C V. Optimisation de la cicatrisation en chirurgie dermatologique et gestions des aléas. *Ann Dermatol Venerol.* 2016;143:S20–5.
2. Coccetta CA, Venta P, Ferrara PE, Specchia A, Maccauro G FG et al. Effects of capacitive and resistive electric transfer therapy in patients with knee osteoarthritis. *Int J Rehabil Res.* 2018;
3. Paciulli CM, Galante J(dir), Apud S(co-dir) RC. *Tecarterapia en epicondilitis.* Universidad Fasta; 2013.
4. Pasek J, Cieslar G SA. Combined therapy in the treatment of mixed etiology leg ulcer - case report. *Ther Clin Risk Manag.* 2018;14:1915–21.

AUTORES/AUTHORS:

Susana Pablo, María Soledad Arietaleanizbeaskoa, Nere Mendizabal, Ibon de la Fuente, Erreka Gil, Silvia Domínguez, Heather Rogers, Gonzalo Grandes

TÍTULO/TITLE:

El Ejercicio Físico como Terapia en el Espacio Socio Sanitario de Euskadi: Evaluación Cualitativa del Programa EfiKroniK

1. Objetivos

Existen evidencias científicas que demuestran que el ejercicio físico es efectivo no sólo para prevenir enfermedades crónicas, sino también para tratarlas. En ocasiones, el uso de intervenciones de ejercicio físico ha probado una efectividad igual o superior a la de las intervenciones farmacológicas tanto en la reducción de la mortalidad como en la mejora de la calidad de vida, de la función física y psicosocial, y de la autonomía de las personas con enfermedades crónicas[1-4].

El equipo de investigación ha puesto en marcha el programa de ejercicio físico EfiKroniK, de 3 meses de duración, supervisado por profesionales de enfermería, para personas con enfermedades crónicas. Este programa se oferta en una red de laboratorios de ejercicio, ubicados en centros de salud del Servicio Vasco de Salud.

Los objetivos de la evaluación cualitativa del programa EfiKroniK son los siguientes:

- Explorar las percepciones de los pacientes que se han beneficiado del programa para valorar si se adapta, o no, a sus necesidades y expectativas.
- Detectar barreras y facilitadores que influyen en la adherencia de los pacientes al ejercicio físico, en sus entornos comunitarios, al término de la supervisión. Al igual que ocurre en otros contextos sanitarios y con otro tipo de poblaciones, los niveles de adherencia disminuyen cuando las intervenciones de ejercicio físico finalizan, llegándose a perder los beneficios alcanzados[5,6].

2. Métodos

Diseño. Estudio observacional cualitativo con grupos de discusión como principal técnica de recogida de datos. Los grupos de discusión se han realizado de manera periódica, en el marco de una evaluación continuada, para poder introducir adaptaciones y optimizaciones en el programa, incorporando "en tiempo real" las percepciones de los pacientes.

Contexto. Este estudio forma parte de un ensayo híbrido de efectividad-implementación mediante el cual están siendo evaluados diferentes aspectos del programa. El objetivo principal de este ensayo es determinar el efecto común del ejercicio físico en la capacidad funcional y en la calidad de vida de las personas con diferentes enfermedades crónicas.

Recogida de datos y participantes. Se han realizado 3 grupos de discusión en los que han participado 20 pacientes que se han beneficiado del programa (10 diagnosticados de un tumor hematológico, 3 de un tumor sólido, 7 de esquizofrenia y 0 de EPOC). Debido a las dificultades que se han producido durante la captación del ensayo híbrido en los servicios especializados de salud, no se ha podido garantizar una representación equilibrada de pacientes por enfermedad crónica.

Análisis cualitativo de datos. Se ha realizado un análisis de contenido de las transcripciones generadas en cada grupo de discusión, combinando un enfoque deductivo, basado en los dominios del marco teórico PRACTIS ("PRACTical planning for Implementation and Scale-up")[7], con uno inductivo, basado en los postulados de la Teoría Fundamentada[8].

3. Resultados

Los participantes se muestran satisfechos con el programa EfiKroniK debido a que no sólo ha contribuido a mejorar su calidad de

vida, sino también su bienestar emocional y social. Valoran positivamente la oportunidad (i) de realizar este programa bajo la supervisión de profesionales de enfermería en un entorno sanitario, y (ii) de interactuar con personas que están afrontando experiencias similares a las suyas (beneficios de la comunicación entre iguales y del apoyo social). Además, los pacientes con esquizofrenia destacan que EfiKroniK les permite normalizar su vivencia de la enfermedad debido a que rompe con los estigmas de la enfermedad mental.

La mayoría de los participantes reconoce que sus niveles de ejercicio físico disminuyen al término de la supervisión por la confluencia de diferentes barreras. Estas son algunas de las mencionadas:

- Relacionadas con los participantes: dificultad para generarse compromisos y obligaciones, responsabilidades familiares, pudor a exponer la imagen corporal a los usuarios de los polideportivos.
- Relacionadas con los recursos comunitarios: inexistencia de recursos específicos y/o adecuados para que las personas con enfermedades crónicas realicen ejercicio de forma segura.
- Relacionadas con la enfermedad crónica: malestar físico, hábitos de vida no saludables, secuelas de los tratamientos.

4. Discusión

El análisis cualitativo pone de manifiesto los múltiples beneficios de los programas supervisados para las personas con enfermedades crónicas, especialmente cuando se desarrollan de manera sistematizada, de acuerdo a la evidencia científica, desde organizaciones sanitarias y bajo supervisión profesional. Sin embargo, estos beneficios disminuyen, e incluso desaparecen, al término de la supervisión debido al impacto de diferentes barreras. Es necesario (i) diseñar intervenciones conectoras ("linkage interventions") para promover la cooperación entre las organizaciones sanitarias y las comunitarias[9] y (ii) diseñar estrategias de implementación que permitan la integración sostenible de estos programas en la cartera de servicios de los sistemas sanitarios para que el ejercicio físico sea una terapia más al alcance de las personas que la necesitan.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington DC: US. Dep. of Health and Human Services.
2. Heywood R. Efficacy of Exercise Interventions in Patients with Advanced Cancer: A Systematic Review. Arch Phys Med Rehabil. 2018 Dec;99(12):2595–620.
3. Cormie P. The Impact of Exercise on Cancer Mortality, Recurrence, and Treatment-Related Adverse Effects. Epidemiol Rev. 2017 01;39(1):71–92.
4. Gorczynski P. Exercise therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2010 May 12;(5):CD004412.
5. Pardo A. Effectiveness of a supervised physical activity programme on physical activity adherence in patients with cardiovascular risk factors. Apunts Med Esport. 2014; 49(182): 37-44.
6. Martín-Borràs C. A new model of exercise referral scheme in primary care: is the effect on adherence to physical activity sustainable in the long term? A 15-month randomised controlled trial. BMJ Open. 2018 03;8(3):e017211.
7. Koorts H. Implementation and scale up of population physical activity interventions for clinical and community settings: the PRACTIS guide. Int J Behav Nutr Phys Act. 2018 08;15(1):51.
8. Glaser, B.G. & Strauss, A.L. 1967. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. NY: A. de Gruyter.
9. Etz RS. Bridging primary care practices and communities to promote healthy behaviors. Am J Prev Med. 2008 Nov;35(5 Suppl):S390–7.

AUTORES/AUTHORS:

Ester Pujol, Dolores Estrada, Rosa M^a Soriano, Alba Llobet, Alexandra Roselló

TÍTULO/TITLE:

Efectos de la actividad física sobre las cifras de presión arterial

Objetivo: analizar los efectos de una actividad física (la marcha nórdica) sobre la presión arterial, en el contexto de una actividad organizada para el día mundial de la hipertensión.

Métodos: Estudio cuasi experimental, con mediciones de presión arterial pre y post actividad física en 106 personas que quisieron participar voluntariamente. Las variables recogidas fueron edad, sexo, tipo de marcha (corta: 6 Km /larga: 10Km), presencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, fumador, ejercicio) y medidas antropométricas (presión arterial, peso e índice de masa corporal).

Resultados: La media de edad fue de 52 años, con un rango de 15 a 84 años y una desviación estándar de 13,3, siendo el grupo mayoritario el comprendido entre 41 y 60 años con un 70%. El 69,8% eran mujeres y el 80,2% realizó la marcha larga. En relación a los factores de riesgo cardiovascular que presentaban, un 26,4% tenía hipertensión, un 2,8% eran diabéticos, un 7,5% era fumador y un 74,5% realizaba ejercicio físico más de tres días a la semana. En relación al peso la media fue de 70 Kg y el índice de masa corporal de 25,8 Kg/m², siendo el grupo mayoritario el de normopeso con un 44,6%, seguido del sobrepeso con un 40,6%. Antes de la actividad observamos que la media de PAS fue de 125,5mm/Hg con un 40,6% de personas con valores de PA óptimas, y la media de PAD fue de 78,3mm/Hg con un 55,7% de personas con valores de PA óptimas. Después de la actividad observamos una disminución de la media de PAS a 114mm/Hg y una de la PAD a 74mm/Hg con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). También se observó un aumento del 26,4% de personas con valores de PAS óptimas y un aumento del PAD al 28,8 con valores óptimos.

Discusión:

La actividad física constituye uno de los principales tratamientos no farmacológico en pacientes hipertensos. Existen evidencias que demuestran que con la práctica regular de ejercicios aeróbicos (por ejemplo: 30 o 40 minutos de caminata a paso vivo, 3 o 4 veces por semana), se puede disminuir la presión sanguínea, por reducción significativa de los valores de presión arterial sistólica y presión arterial diastólica. En este estudio se observó que una actividad física de marcha nórdica redujo las cifras de presión arterial sistólica y diastólica tanto en las personas que realizaron la marcha corta como la larga. Dado sus beneficios es un tipo de ejercicio apto para las personas hipertensas tanto en prevención primaria como secundaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Menéndez E, Delgado E, Fernandez-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. Rev Esp Cardiol. 2016;69(6):572-578.
- 2- Gijón T, Gorostidi M, Camafort M, Abad M, Martín E, Morales F, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Hipertens Riesgo Vasc. 2018.
- 3- Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Eur Heart J. 2018. 39;3021-3104.
- 4- Roca A Hipertensión arterial y política de salud en Cataluña: de la teoría a la práctica. Med Clin. 2012;138(15):678-683
- 5- J Abellán Alemán, P Sainz de Baranda, E J Ortín. Guía para la prescripción de ejercicio físico para pacientes con riesgo cardiovascular. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA)

Sesión de Comunicaciones Orales Breves II

Session of Oral Brief Presentations II

AUTORES/AUTHORS:

Daniel Muñoz Jiménez, Rosa María Moreno Rodríguez, María Josefa Rodríguez Machuca, Inés Guerrero Luz, Javier Olivares Corral, David Barberán Rodríguez, Encarnación Fernández del Palacio, Ismael Ortuño Soriano

TÍTULO/TITLE:

Cumplimentación y contenidos del registro sondaje vesico-uretral. El infrarregistro y la invisibilidad de los cuidados.

OBJETIVOS

Describir la cumplimentación y contenidos del registro de sondaje vesico-uretral en aplicación informática de cuidados de unidades de hospitalización en un hospital de tercer nivel. Secundariamente, describir las características de los sondajes registrados y comparar la cumplimentación registrada en la aplicación informática versus la cumplimentación auditada de forma directa.

MÉTODOS

Estudio descriptivo-comparativo transversal. El ámbito de estudio fueron 18 unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas convencionales (no incluidos servicios especiales). Se recopiló la información de los registros informáticos de sondaje vesico-uretral sobre la totalidad de pacientes ingresados durante el año 2018 en las unidades incluidas en el estudio. Se calculó la prevalencia de sondaje registrado por las enfermeras en la práctica habitual y se describieron las variables sexo y edad del paciente, unidad, motivo del sondaje, tipo de sonda, calibre, características de la orina, profesional que realiza la técnica de sondaje. Para estimar el nivel de cumplimentación del registro se tomó como referencia la prevalencia de sondaje vesico-uretral obtenida a partir de dos cortes observacionales realizados en los meses de junio y diciembre de 2018 sobre muestras de 528 y 618 pacientes respectivamente (1146 pacientes totales), seleccionados mediante muestreo no probabilístico de tipo consecutivo. Las variables cuantitativas se describieron con mediana y rango intercuartílico. Las variables categóricas se describieron mediante sus frecuencias absolutas y relativas. En el análisis estadístico se empleó SPSS v21.

RESULTADOS

La muestra de sujetos ingresados fue de 34.283 y número de sondas registradas en la aplicación informática de 2.131, lo que supone una prevalencia de registro de sondaje vesical de 6,2%. La distribución de los registros por rangos de edad fue de 1.689 (79,2%) en mayores de 65 años y 442 (20,7%) en sujetos entre 16 y 64 años. En la distribución por sexo fueron mujeres 45,6%. Los motivos de sondaje más frecuentemente registrados fueron: control de diuresis (59%), imposibilidad de micción (24,6%), pre/post cirugía (13,5%), motivos terapéuticos (8,5%) y motivos diagnósticos (5,6%). En el 81,2% de los casos se empleó sonda tipo Foley de látex, seguida de sonda de silicona (16,6%) y PVC (0,4%). Los calibres más frecuentemente empleados fueron 16F (40%), 14F (32,5%), 24F (17,3%), 18F (5,4%), 22F (2,4%) y 20 (1,6%), siendo el resto de calibres inferiores al 1%. Según los datos registrados sobre el profesional que realiza el sondaje, 1610 (79,2%) fueron enfermeras y 554 (27,2%) fueron médicos. El aspecto de la orina post-sondaje fue clara (66,9%), colúrica (14,6%), hematúrica (6,5%), con sedimento (2,4%) y coágulos (1,1%). Con respecto a los resultados de los cortes observacionales, la prevalencia de sondaje vesical en la muestra seleccionada fue de 15,4% y 12,3% en junio y diciembre respectivamente, siendo el promedio de prevalencia igual a 13,8% en la muestra conjunta de ambos cortes. Si este porcentaje de prevalencia de sondaje vesical se considera representativo de la población de estudio y se compara con la prevalencia del registro de sondaje obtenido de un 6,2%, se infiere un infrarregistro estimado en el aplicativo informático del 55% de sondas vesicales.

DISCUSIÓN

Pese a que la concienciación y el conocimiento que los profesionales de enfermería tienen hacia la cumplimentación de los registros va en aumento desde hace años (1), es aun demasiada la información clínica asociada a los cuidados enfermeros que no se registra

o se registra inadecuadamente (2) y esto repercute de forma negativa en el propio conocimiento que los profesionales tienen acerca de qué procesos realizan y cómo los llevan a cabo, así como en los resultados de salud que se obtienen derivados de la práctica enfermera (3). La insuficiente estructuración y cumplimentación de los registros de salud hacen que la información clínica sea poco fiable o incompleta de cara a su uso en estudios de investigación (4).

Los resultados obtenidos han permitido conocer una información de interés relacionada con la frecuencia y características del sondaje vesico-uretral registrado en la institución. Esta información resulta útil para describir la práctica habitual relacionada con dicho procedimiento, para la prevención de la infección nosocomial y para una adecuada gestión de los recursos tanto materiales como humanos. A partir de estos resultados se han de plantear estrategias para mejorar la cumplimentación y calidad de los registros de cuidados (5), así como trabajar en la explotación, análisis y difusión de la información obtenida de los registros de enfermería entre los profesionales, aumentando así la visibilidad de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ortiz O, Chávez M. El Registro de enfermería como parte del cuidado. *Rev Fac Cien Salud*. 2006; 8(2): 52-56.
2. Akhu-Zaheya L, Al-Maaitah R, BanyHani S. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of clinical nursing*, 2018; 27(3-4), e578-e589
3. Mykkänen M, Miettinen M, Saranto, K. Standardized Nursing Documentation Supports Evidence-Based Nursing Management. In *Nursing Informatics*, 2016; 225: 466-470
4. Cañizares PA. Estudio de la validez y precisión de la historia clínica informatizada en atención primaria como fuente de datos epidemiológicos y de gestión, en un área sanitaria de la Comunidad de Madrid (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. 2017.
5. Linch GFDC, Lima AAA, Souza END, Nauderer TM, Paz AA, da Costa C. Impacto de una intervención educativa en la calidad de los anotaciones de enfermería. *Revista latino-americana de enfermagem*, 2017; 25. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100385&script=sci_arttext&tlng=es

AUTORES/AUTHORS:

Raúl Soto Cámara, María Arantzazu Febrero Ortiz de Quintana, María del Carmen Tomé Elena, Carmen Enrique Arias

TÍTULO/TITLE:

ANÁLISIS DE LA CALIDAD EN LOS REGISTROS ENFERMEROS EN LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

INTRODUCCIÓN

La principal función de la disciplina enfermera es el cuidado, el cual se aplica a través de una metodología científica propia basada en el Proceso Enfermero. Con la incorporación de aplicativos informáticos en el ámbito sanitario se ha permitido que los enfermeros dispongan de programas específicos que proporcionan un soporte flexible y ágil, que les permiten registrar todo el proceso. Pero a pesar de ello, diversos estudios han evidenciado la falta de homogeneidad en la cumplimentación de los registros por parte de los profesionales de enfermería

OBJETIVO

Analizar la calidad en la cumplimentación de los registros enfermeros de la historia clínica digital del Complejo Asistencial Universitario de Burgos (CAUB) en relación con la provisión de cuidados y continuidad asistencial, identificando posibles diferencias según el área de hospitalización

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, cuya muestra de estudio fueron los registros enfermeros incluidos en el aplicativo informático GACELA Care de todos los pacientes que el día seleccionado para la realización del corte de calidad (01/12/2018) se encontrasen ingresados en las diferentes unidades de hospitalización médico ó quirúrgicas dependientes de la Dirección del Enfermería del CAUB, excluyendo el área de servicios centrales y/o especiales

Para la evaluación de la calidad se utilizó un formulario ad hoc, en el que se recogió información relativa a la adecuada cumplimentación o no de las diferentes categorías establecidas, de acuerdo con la normativa institucional del centro: datos generales, valoración de enfermería, plan de cuidados y protocolos, procedimientos y escalas utilizados. La determinación del nivel de calidad se realizó en base a una serie de estándares mínimos previamente definidos y consensuados

Para la síntesis y organización de los datos se realizó un análisis descriptivo, utilizando frecuencias absolutas/relativas, al tratarse de variables categóricas. Para valorar la existencia de posibles diferencias en la calidad de cumplimentación de los registros en las diferentes unidades de hospitalización se utilizó la prueba Chi cuadrado ó el test exacto de Fisher, según las características de las variables. Se consideró la existencia de significación estadística si $p < 0,05$

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación con Medicamentos del centro

RESULTADOS

Se revisaron 608 registros enfermeros, de los cuales 238 correspondieron a pacientes ingresados en áreas de hospitalización quirúrgica mientras que los 370 restantes a los hospitalizados en áreas médicas

El motivo de ingreso y las alergias fueron los ítems que más se registraron en el apartado de datos generales, en especial en el área médica ($p=0,032$ - $p=0,046$)

La valoración enfermera fue realizada en el 95,79% de los pacientes, siendo más registrada en el área quirúrgica ($p=0,034$); si bien, fue en el área médica donde más se adecuó a las recomendaciones sobre su estructura ($p < 0,001$)

La realización y registro de los planes de cuidados se realizó en el 63,82% de los casos, alcanzando valores más elevados en el

área médica ($p=0,034$)

La valoración del dolor se realizó en el 46,54% de los pacientes, siendo mayor su cumplimentación en el área quirúrgica ($p<0,001$). El grado de cumplimentación de los procedimientos osciló entre el 28,57 y 88,97%. El registro de la inserción ó de la retirada del catéter venoso periférico, de los cuidados del catéter venoso central, de la inserción del catéter urinario o de las lesiones relacionadas con la dependencia fue mayor en el área de hospitalización médica ($p<0,001$ - $p<0,001$ - $p=0,012$ - $p=0,003$)

DISCUSIÓN

El grado de cumplimentación de los registros enfermeros es medio-alto, existiendo un amplio margen de mejora en aspectos como la elaboración del plan de cuidados ó los procedimientos realizados

La mayor cumplimentación de la valoración enfermera en el área quirúrgica puede deberse al ingreso programado de los pacientes, estando protocolizada su realización de forma sistemática en las primeras horas

El motivo del bajo registro del plan de cuidados puede relacionarse con que las fases del Proceso Enfermero posteriores a la valoración inicial deben realizarse durante todo el proceso asistencial por todos los profesionales que atienden al paciente. En las unidades de hospitalización quirúrgica destaca el bajo registro del plan de cuidados, lo cual pueden relacionarse con actitudes y aptitudes de los profesionales (falta de conocimientos falta de motivación, percepción de no utilidad) ó con características organizacionales (falta de tiempo, elevada carga de trabajo, menor estancia del paciente)

El grado de cumplimentación de la valoración del dolor es muy bajo, a pesar de ser un indicador de calidad por su implicación en los resultados en salud sensible a la intervención enfermera. En el área de hospitalización quirúrgica se alcanza mayor nivel de cumplimentación, lo cual puede relacionarse con que el dolor es un aspecto muy tenido en cuenta en todo el proceso perioperatorio del paciente. En cuanto al registro de procedimientos enfermeros, éste se realiza de manera muy dispar, lo cual puede estar relacionado con la práctica habitual de registrar al finalizar el turno, en vez del momento de su realización

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Oroviogicoechea C, Elliot B, Watson R. Review: evaluation information systems in nursing. *J Clin Nurs*. 2008; 17(05):567
- Ruiz-Hontangas A. Calidad de los Registros de Enfermería. *Index Enferm Cardiovascular - Federación Argentina de Cardiología - 4º Congreso Virtual de Cardiología, Argentina*. 2005
- Amezcúa M. La calidad en la documentación clínica de Enfermería. Del papeleo a los registros para el cuidado. *Index Enferm*. 1995; 11: 15-20
- Simón-García MJ, Bermejo-Pablos C, Lanza-Barrena M, Celis-Portillo N, Chamorro-Veneros J, Mejías-Delgado et al. Efectividad de un Programa de Mejora para la Calidad de los Registros Enfermeros en Ginecología y Obstetricia. *Enferm Clin*. 2006; 16(6): 300-305
- Austin S. Aspectos legales de la documentación de Enfermería. *Nursing*. 2007; 25(1): 20-26
- Jiménez-Fernández JC, Cerrillo-Martín D. Registros de Enfermería: un espejo del trabajo asistencial. *Metas de Enferm*. 2010; 13(6): 8-11
- Vituri DW, Matsuda LM. The records of nursing as indicators of the quality of care: a documentary study, explanatory and descriptive-retrospective. *Online Braz J Nurs*. 2008; 7(1):4
- Kelley TF, Brandon DH, Docherty SL. Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. *J Nurs Scholarsh*. 2001; 43(2):154-62
- Häyrinen K, Lammintakanen J, Saranto K. Evaluation of electronic nursing documentation - nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *Int J Med Inform*. 2010; 79 (8): 554-64
- Conrad D, Hanson PA, Hasenau SM, Stocker-Schneider J. Identifying the barriers to use the standardized nursing language in the electronic health record by the ambulatory care nursing practitioner. *J Am Acad Nurse Pract*. 2012; 24(7):443-51

AUTORES/AUTHORS:

SARAY BLANCO ABRIL, MARIA CRISTINA MARTIN-CRESPO BLANCO, JOSE ANTONIO MOLINA ORTIZ, LARA MARTÍNEZ GIMENO, DAVID VARILLAS DELGADO, BLANCA SAN JOSE MONTANO, INMACULADA ESCANCIANO PÉREZ, MANUELA MATEOS ROMERO

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de una herramienta de registro de dolor sobre su inclusión en el plan de cuidados

OBJETIVOS

General: Evaluar la efectividad de una herramienta de registro de dolor sobre la inclusión de esta variable dentro del plan de cuidados.

Específicos

Analizar la efectividad del registro del dolor sobre la elaboración de planes de cuidados.

Analizar la efectividad del registro sobre la realización de educación sanitaria al paciente con dolor.

Evaluar la efectividad del registro sobre la intensidad del dolor y el dolor máximo percibido por el paciente.

MÉTODO

Estudio pre-post en unidades de hospitalización del hospital universitario de Móstoles.

Población: Pacientes hospitalizados en el hospital universitario de Móstoles entre abril de 2016 y diciembre de 2017.

Variables del estudio: Unidad de hospitalización (oncología, ginecología, neonatos, hospitalización domiciliaria, cirugía general y digestiva, medicina interna). Inclusión en el plan de cuidados del paciente de los diagnósticos, objetivos e intervenciones respecto al dolor. Educación sanitaria como intervención desarrollada para tratar el dolor. Intensidad del dolor y dolor máximo mediante la escala EVA. Sexo. Edad.

Recogida de datos: Recogida basal de datos en abril y junio de 2016 y cuatro ciclos de recogida de datos tras la puesta en marcha en el programa "Selene" de un cuestionario de valoración del dolor que incluía todas las variables del estudio.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables principales. Una comparativa entre el ciclo basal y el último ciclo de registro mediante chi-square para variables cualitativas y para cuantitativas mediante T de Student para muestras independientes si se cumplía normalidad de la distribución o U de Mann-Whitney en caso contrario.

RESULTADOS

Se recopiló información de 1003 pacientes. La media de edad fue de 51,68 años, 37% de ellos mujeres. En el momento basal el rango de registro del dolor al ingreso del paciente variaba entre el 50 y el 90%, el dolor en cambios de la situación clínica entre el 40 y el 75%, respecto a la elaboración del plan de cuidados entre el 65 y el 95% y en relación a la educación sanitaria entre 20 y 95%. La media del dolor máximo fue de 3,88 con la escala EVA.

Al comparar los datos entre el ciclo basal y el último ciclo de registro se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en las variables: elaboración de plan de cuidados incluyendo el dolor ($p < 0,001$) y realización de educación sanitaria para control del dolor ($p < 0,001$). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas respecto a la intensidad del dolor ($p = 0,897$) y al dolor máximo ($p = 0,476$).

DISCUSION

En algunas unidades el registro durante todos los ciclos no ha sido completo, impidiendo comparaciones, lo que ha supuesto una limitación en el estudio.

El registro no ha influido en el nivel de dolor experimentado por el paciente. Ha supuesto un avance en el registro del dolor y aplicación de cuidados, al desarrollar la educación sanitaria al paciente y su familia.

Como futura línea de trabajo planteamos un protocolo sobre actividades educativas para el manejo del dolor y la evaluación de su

efectividad.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La mejora del registro nos permite poder evaluar las necesidades del paciente y la puesta en marcha de medidas de prevención para disminuir el dolor máximo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- . Muñoz Jiménez, D. De la Enfermería basada en la evidencia a la práctica asistencial: la evaluación de resultados como elemento integrador. *Enf. Clínica*. Vol. 28, May–June 2018, P: 149-153
- Mier, Susana Moya et al. 12 meses, 12 cuidados: facilitando la transferencia de la evidencia. *Evidenta*, Vol. 15, 2018.
- Pérez Fullerat N., Amezcua M. Entre la disociación y la armonía: la compleja relación entre teoría y práctica enfermera. *Index Enferm*. 2017 Dic; 26 (4): 245-247.
- K. Grove, S., R. Grey, J. Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 2016. Elsevier.

AUTORES/AUTHORS:

Manuela Domingo Pozo, Rosa Ana Clement SantaMaría, M^a Carmen Amoedo Albero, Antonia Gomariz Martínez, Inmaculada Dapena Romero

TÍTULO/TITLE:

Confirmación enfermera de la prescripción electrónica asistida nueva tecnología en la administración de medicación

La finalidad de este estudio está dirigida a cuantificar las acciones sobre la seguridad del paciente que realiza la enfermera en el acto de revisión de la prescripción farmacoterapéutica electrónica y el grado de implantación y mejora en la seguridad del paciente de un nuevo concepto en la prescripción electrónica como es la "CONFIRMACIÓN ENFERMERA" (validación enfermera de la prescripción). Establecer cuál es el grado de comunicación de la prescripción electrónica percibida por los profesionales implicados, y si la confirmación enfermera es percibida como medida de mejora en la comunicación y transmisión de información que implica al tratamiento farmacoterapéutico en pacientes ingresados en el hospital, aumentando así la seguridad en la realización de las tareas cotidianas de los profesionales en la prescripción, dispensación y administración del tratamiento.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el grado de mejora en la seguridad clínica en torno a la prescripción electrónica asistida de los pacientes adultos ingresados con la introducción de la Confirmación/ validación Enfermera en la prescripción electrónica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Medir el nivel de implantación del procedimiento de confirmación enfermera en el sistema de prescripción electrónica
2. Determinar qué acciones (tasa de intervención enfermera en la prescripción) de mejora de la prescripción lleva a cabo la enfermera previa a la confirmación de enfermería en las unidades de hospitalización del centro.

Métodos: Se realizará un estudio descriptivo en 12 unidades hospitalización donde a través de una hoja de recogida de datos se medirán las acciones que realiza la enfermera previo a Confirmar/ Validar la prescripción y se ha elaborado una encuesta de 25 ítems respuestas cerradas, que se dirigirá a médicos, y enfermeras usuarias de la prescripción electrónica asistida como herramienta de trabajo, para evaluar la satisfacción y grado de mejora percibida con el nuevo procedimiento.

Sujetos a estudio: todos los pacientes ingresados con prescripción electrónica activa en las unidades a estudio y enfermeras / médicos de las unidades a estudio.

Criterios de inclusión: paciente con PEA en las unidades a estudio. **Criterios de exclusión:** alta el día del estudio y /o exitus o traslado a otra unidad. Prescripción farmacoterapéutica por otra vía que no sea la electrónica (PRISMA)

Tamaño muestral: muestreo no probabilístico a conveniencia (pacientes hospitalizados en las unidades a estudio) Se ha estimado un cálculo del tamaño muestral de 661 pacientes calculado según el nº de ingresos anuales del HGUA (30950 pacientes ingresados en 1 año nivel confianza del 99% con 5% de margen de error).

Variables a estudio: las acciones/ INTERVENCIONES de la enfermera sobre la prescripción médica antes de proceder a la confirmación enfermera. Se categorizan dichas acciones, Sexo del paciente: Variables de implantación confirmación enfermera unidades hospitalización, Variables sobre el Tipo de intervención sobre la prescripción que hace la enfermera (antes de la confirmación enfermera). **Análisis de datos:** unidad de análisis son las prescripciones revisadas por enfermería. Se creará una base de datos en IBM SPSS Statistics 25. Se procederá análisis estadístico descriptivo de frecuencias absolutas y relativas de las categorías de acciones cumplimentadas por las enfermeras participantes en el estudio, con un análisis global y desagregado por unidad asistencial. También un análisis inferencial para estudiar si existen diferencias entre las acciones tomadas por la enfermera en las prescripciones con validación farmacéutica o sin ella, y en función del sexo del paciente se aplicará para variables cualitativas el estadístico de contraste chi cuadrado de Pearson con una $p < 0,05$. Sesgos de información y selección que se intentarán controlar con el adecuado entrenamiento de las enfermeras participantes en el estudio en el método de recogida de datos y con el alcance del

tamaño muestral. Resultados y conclusiones: La incorporación de manera explícita del acto clínico de revisión y acción sobre la prescripción del paciente que hace la enfermera clínica aportará seguridad al paciente y aumento de la visibilidad y trazabilidad de todas las acciones en seguridad en la administración de medicamentos que en realidad se están produciendo. El presente estudio debe aportar información útil para los profesionales sanitarios, y contribuir en un futuro al diseño para la implantación de estrategias de mejora y aumentar la calidad en las prácticas habituales en lo relacionado con el proceso de medicación desde su prescripción, hasta su administración. Disminuyendo así los errores de medicación que tienen lugar por un déficit en la comunicación entre los profesionales que atienden al paciente hospitalizado. Este proyecto pretende generar la patente de que los sistemas de prescripción electrónica que incorporen confirmación / validación enfermera de la prescripción electrónica son más seguros para el paciente que los que no la incorporen. En este sentido, el conocimiento adquirido en este estudio puede propiciar el aumento y empoderamiento del PAPEL DE LAS ENFERMERAS en este tipo de tecnologías

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ammenwerth E, Schnell-Inderst P, Machan C, Siebert U. The effect of electronic prescribing on medication errors and adverse drug events: A systematic review. *J Am Med Inform Assoc* 2008;15(5):585-600.
2. Delgado Sánchez O, Escrivá Torralba A, Vilanova Boltó M, Serrano López de las Hazas J, Crespí Monjo M, Pinteño Blanco M, Martínez López I, Tejada González P, Cervera Peris M, Fernández Cortés F, Puigventós Latorre F, Barroso Navarro M. A. Estudio comparativo de errores con prescripción electrónica versus prescripción manual. *FARM HOSP.* 2005; 29(4):228-235.
3. Prescripción electrónica asistida. Grupo de evaluación de nuevas tecnologías. SEFH. Junio 2009 [Accedido 12/08/2019]. Disponible en: <https://www.sefh.es/sefhdescargas/archivos/pea.pdf>
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio de evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de los medicamentos en los hospitales españoles (2007). [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [Accedido 22 febrero 2015] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/evaluacionSeguridadSistemasMedicamentos.pdf>
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Evolución de la implantación de prácticas seguras de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007-2011). [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Informes, estudios e investigación 2012. [Accedido 20 febrero 2017] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/EPS_MEDICAMENTOS_Corregido.pdf
6. Lucero R, Lake E, Aiken L. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *J Clin Nurs.* 2010 August ; 19(15-16): 2185–2195. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03250.x.
7. Patel J, Ogletree R, Sutterfield A, Pace JC, Lahr L. Optimized computerized order entry can reduce errors in electronic prescriptions and associated pharmacy calls to clarify (CTC). *Appl Clin Inform* 2016; 7: 587–595 <http://dx.doi.org/10.4338/ACI-2015-10-RA-0140>
8. Saavedra E., Martín G. Errores de enfermería en la administración de fármacos en las unidades hospitalarias. Trabajo Fin de Grado 2014. Disponible en: https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/25328/Martin_More_2014.pdf?sequence=1
9. Härkänen M, Turunen H, Saano S, Vehviläinen-Julkunen K. Medication errors: what hospital reports reveal about staff. *Rev. Nurs Manage.* 2013; 19(10): 32-37.

AUTORES/AUTHORS:

NOELIA RODRIGUEZ BLANCO, ANDREU NOLASCO BONMATI, RAFA VILA CANDEL, JOSE VICENTE TUELLS HERNANDEZ

TÍTULO/TITLE:

Cobertura de las vacunas maternas: validación y uso de un registro de vacunación nominal en la Comunidad Valenciana

OBJETIVO: Conocer la cobertura vacunal registrada frente a gripe y tos ferina en un grupo de gestantes que recibieron consejo vacunal de sus matronas y la declarada por las puérperas, evaluando el nivel de concordancia entre ambas fuentes de información.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional y prospectivo en dos departamentos de salud de la Comunidad Valenciana (España), en gestantes adscritas al programa de seguimiento y control del embarazo. El periodo de estudio fue del 15 de octubre de 2015 y el 31 de enero de 2016. El muestreo fue consecutivo y fueron excluidas las mujeres con dificultad idiomática, óbito fetal, y/o contraindicación para la administración de vacunas. Se calculó un tamaño muestral mínimo necesario de 549 gestantes para la estimación de las proporciones de cobertura vacunal, con un intervalo de confianza del 95%, una precisión del 5%, una cobertura esperada del 50% y una tasa de pérdidas de seguimiento del 30%. Recogida y análisis de los resultados: Las matronas solicitaron el consentimiento verbal de las gestantes para recogerles los datos personales y darles consejo vacunal sobre gripe y tos ferina. La información registrada consistió en los datos sociodemográficos y características obstétricas de las gestantes; departamento de salud (TV/EC); país de origen (España/No España); edad media; trimestre de gestación (1T,2T,3T); abortos anteriores (0, 1) y número de partos (0, 1). Todas las gestantes aceptaron participar en el estudio. Acabada la campaña de vacunación estacional, se comprobaron los registros en RVN del estado vacunal frente a gripe y tos ferina del total de las mujeres incluidas en el estudio y se realizaron entrevistas telefónicas. Un análisis final comparó las coberturas vacunales obtenidas por las dos fuentes de datos (registro RVN y declaración madres) para averiguar el grado de concordancia. Análisis estadístico: se realizó mediante el programa SPSS versión 20.0. Para todas las variables se calcularon frecuencias y porcentajes de sus categorías, así como intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Consideraciones Éticas: Fue aprobado por la Comisión de Investigación de los departamentos participantes tras su autorización por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). No existen conflictos de intereses. **RESULTADOS:** 970 puérperas tenían registro en el RVN y habían recibido consejo vacunal para las dos vacunas. Las gestantes según el RVN se vacunaron más en los meses iniciales de la campaña para la gripe. El mes de octubre obtuvo un 71,9% (n=141 [IC 95%: 65,6-78,2]). De la muestra total el 57,7% (560/970) les fueron administradas ambas vacunas mientras que a un 3,7% (36/970) no se le administró ninguna. La cobertura vacunal contra la gripe registrada en RVN fue del 64,2% (n= 623 [IC95%: 61,2 – 67,2]), y contra la tos ferina del 89,8% (n= 871 [IC 95%: 87,9 – 91,7]). Se obtienen diferencias estadísticamente significativas (p<0,01) para las variables: DS (mayor vacunación de tos ferina en EC y mayor vacunación de gripe en TV), país de origen (mayor vacunación de gripe las no españolas y de tos ferina las españolas) y edad (más jóvenes las vacunadas de gripe y mayores las de tos ferina). La vacunación antigripal fue más elevada en las secundíparas (602/920) (65,4% [IC95%: 62,3-68,5]), siendo menor en las mujeres que habían tenido algún aborto previo (9/19) (47,4% [IC95%: 24,9-69,8]). Las gestantes entrevistadas y que además tenían información en RVN fueron n= 663. Las coberturas vacunales de las mujeres entrevistadas fueron del 61,7% (409/663) para la gripe y del 92,3% (612/663) para la tos ferina. Las mujeres reconocen haber sido informadas por las matronas en el 88,4% (n= 604 [IC95%: 85,8- 90,9]). El análisis de concordancia entre los datos de la entrevista y la información en RVN fue alta: para la vacunación de gripe k=0.974 (p<0,001) y porcentaje de concordancia de 98,8% [CI95%: 98,0 – 99,6] y para la tos ferina k=0,921 (p<0,001) y 98,9% [CI95%: 98,1 – 99,7]. **DISCUSIÓN:** Hay pocos estudios que establezcan la concordancia entre el registro de vacunaciones en el RVN y la declaración de las madres¹. En este trabajo, se alcanzó una cobertura del 64.2% contra la gripe, dato muy superior a los obtenidos en la C.V en esta temporada (35.0%), en España (30-40%)², en EE.UU cercano al 45.0%^{3,4}. En la temporada 2018-19, la C.V logró uno de los porcentajes más elevados en España (52%) aunque la media en España es del 38,5%⁵. Para la tos ferina la cobertura del 89,8% supera los distintos estudios Bélgica (39,0%) o UK

(70,0%)^{6,7}. En España en la temporada 2018, la cobertura media fue de 83,8% y en la C.V del 86,6%⁸. Ambas vacunas están indicadas , y pueden ser coincidentes o no en el tiempo⁹ , Amirthalingam et. al., vieron que la vacunación contra la tos ferina aumentaba durante los meses de invierno, coincidiendo con la campaña antigripal¹⁰ . y en los primeros meses¹¹. La predisposición hacia la vacuna contra la gripe es alta tras la visita a la matrona, coincidiendo con otros estudios^{12,13}, donde el consejo dado por un profesional sanitario es el predictor más importante para conseguir una correcta inmunización. CONCLUSION: Los profesionales sanitarios, en especial las matronas, son fundamentales tanto en el registro, como en la recomendación

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Castro-Sánchez, E., Vila-Candel, R., Soriano-Vidal, F.J., et al. Influence of health literacy on acceptance of influenza and pertussis vaccinations: a cross-sectional study among Spanish pregnant women Foundation for the Promotion of Health and Biomedical Research in the Valencian Region. *BMJ Open*.2018; 8, 22132.
2. Vila-Candel, R., Navarro-Illana, P., Navarro-Illana, E., et al. Determinants of seasonal influenza vaccination in pregnant women in Valencia, Spain. *BMC Public Health*. 2016; 16, 1173.
3. Barber, A., Muscoplat, M.H., Fedorowicz, A. Coverage with Tetanus, Diphtheria, and Acellular Pertussis Vaccine and Influenza Vaccine Among Pregnant Women — Minnesota, March 2013–December 2014. *MMWR. Morb. Mortal. Wkly*.2017.
4. Groom, H.C., Henninger, M.L., Smith, N., et al. Influenza Vaccination during Pregnancy: Influenza Seasons 2002-2012, Vaccine Safety Datalink. *Am. J. Prev. Med*.2016.
5. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Coberturas de Vacunación. Datos Estadísticos; MSSSI: Madrid, Spain, 2019.
6. Laenen, J., Roelants, M., Devlieger, R., et al. Influenza and pertussis vaccination coverage in pregnant women. *Vaccine*.2015; 33, 2125–31.
7. Maertens, K., Caboré, R.N., Huygen, K., et al. Pertussis vaccination during pregnancy in Belgium: Results of a prospective controlled cohort study. *Vaccine*.2016; 34, 142–50.
8. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Coberturas de Vacunación. Datos Estadísticos; MSSSI: Madrid, Spain, 2019.
9. Vilca Yengle, L.M., Campins Martí, M., Cabero Roura, L., et al. Influenza vaccination in pregnant women. Coverage, practices and knowledge among obstetricians. *Med. Clin. (Barc)*.2010;134, 146–51.
10. Amirthalingam, G., Campbell, H., Ribeiro, S., et al. Sustained effectiveness of the maternal pertussis immunization program in England 3 years following introduction. *Clin. Infect. Dis*.2016.
11. Vilca, L.M., Verma, A., Buckeridge, D., et al. A population-based analysis of predictors of influenza vaccination uptake in pregnant women: The effect of gestational and calendar time. *Prev. Med. (Baltim)*.2017.
12. Ding, H., Black, C.L., Ball, S., et al. Influenza Vaccination Coverage Among Pregnant Women — United States, 2014–15 Influenza Season. *MMWR. Morb. Mortal. Wkly. Rep*.2015; 64, 1000–05.
13. Rodríguez-Blanco, N., Tuells J. et al. Adherence and Concordance of Influenza and Pertussis Vaccination Coverage in Pregnant Women in Spain. *J. Environ. Res. Public Health*,2019;16(4),543

AUTORES/AUTHORS:

Ángel Martín García, Dolors Giro Formatger, M^aÁngeles Saz Roy, Sergio Barrientos Trigo, Roberto Rodríguez Rego, Junta Directiva AENTDE

TÍTULO/TITLE:

Necesidades formativas de los socios de AENTDE en lenguajes estandarizados y metodología aplicada al cuidado.

Objetivos**General:**

Identificar las necesidades formativas de los socios de AENTDE sobre la competencia enfermera en lenguajes estandarizados y metodología aplicada al cuidado.

Específicos:

Determinar el grado de conocimiento de los socios de AENTDE sobre lenguajes estandarizados y metodología aplicada al cuidado.

Describir áreas de formación necesarias para cubrir las necesidades formativas en metodología aplicada al cuidado.

Conocer las preferencias de los socios de AENTDE sobre la modalidad de formato para realizar formación.

Método

Estudio observacional descriptivo transversal cuyos sujetos de estudio fueron los socios de AENTDE (excluyendo a la junta directiva). Se realizó de marzo a mayo de 2017 mediante un cuestionario ad hoc, con variables sociodemográficas y variables relacionadas con el objeto de estudio. Contenía 25 preguntas tipo Likert (1 al 5); 2 de múltiples opciones, 1 dicotómica y 1 pregunta abierta. Dicho cuestionario fue autoadministrado vía online.

El análisis univariante se realizó a través de frecuencias y medidas de tendencia central y de dispersión (media o la desviación típica). Para el análisis bivariante se tuvo en cuenta la naturaleza de las variables usando diferentes pruebas como tablas cruzadas, la prueba de Chi Cuadrado, U de Mann Whitney y Kruskal- Wallis. Para este análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS 21.0.

Resultados

De los 165 socios de AENTDE respondieron el cuestionario 100 socios (60,6%) siendo 85% mujeres y 15% hombres, con edad media de 48,7 (DE=9,2). En relación con el uso de los Sistemas Estandarizados de Lenguajes Enfermeros (SELEs) en su actividad diaria, la media fue de 4 (DE=1,14). Un 69% de los encuestados disponía en su centro de trabajo de una aplicación informática que utiliza SELEs, para la planificación de cuidados.

En relación con el nivel de conocimiento por áreas formativas: sobre la etapa de valoración fue en la que mayor conocimiento extenso presentaban (42%) seguido del resto de etapas del proceso enfermero (34%). Los modelos enfermeros fueron en los que mostraban más conocimiento escaso o moderado (39%). El lenguaje enfermero que mostró mayor nivel de conocimientos fue NANDA (81%), seguido de NIC (78%) y NOC (70%).

La mayoría de los socios solicitaron cursos de más de 20 horas (53%). La mayoría de la muestra solicitó cursos on-line (86%) siendo las áreas de mayor interés la metodología de investigación en lenguajes enfermeros (66%) y la etapa de evaluación de cuidados (65%).

Las personas más jóvenes, con menos años de experiencia profesional y de socios, seleccionaron la modalidad online y las personas más mayores formato presencial.

Conclusiones

- Los socios y socias de la AENTDE refirieron amplios conocimientos en los Lenguajes Enfermeros NANDA, NOC y NIC.
- Las áreas con necesidad de formación fueron la investigación en metodologías y lenguajes enfermeros, las etapas del proceso

enfermero, los modelos enfermeros y la etapa de evaluación del proceso enfermero.

- La modalidad preferida de formación fue la vía no presencial (online) mediante cursos con duración superior a 20 horas (experto o máster).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Lluch, M.T. Miguel, M.D. Sabater, P. Diseños de caso único o N=1: su importancia en enfermería. Revista Todo Enfermería. Vol. 1 Núm. 0. Marzo 1993. pags. 39-45.

Fons Documental AENTDE (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería)

Ugalde Apalategui, M. Rigol i Cuadra, A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Masson. Barcelona. 1ª ed. 1995. (reimpresión 1999)

AUTORES/AUTHORS:

M^ª Antonia Ramos Mateos

TÍTULO/TITLE:

Medición de cargas de trabajo enfermero con taxonomía NIC en unidad de cirugía digestiva.

Conocer la carga de trabajo asistencial de enfermería es importante para adecuar una planificación de personal que asegure unos cuidados de la calidad y seguridad. Los cambios socioeconómicos, tecnológicos y políticos no son ajenos para la enfermería. En España la ratio enfermera-paciente es menor a los países de su entorno. Existen varios instrumentos para conocer las cargas de trabajo enfermero y calcular las ratios pero, las fórmulas que utilizan pueden estar anticuadas ante la realidad asistencial. Las intervenciones de enfermería (NIC) reflejan la mayor parte del trabajo enfermero en cualquier ámbito laboral. Cada NIC tiene un tiempo estimado. Conociendo las NIC realizadas en una unidad podemos calcular la dotación necesaria.

Hipótesis: La carga asistencial de los profesionales de enfermería en una unidad quirúrgica de digestivo es elevada.

Objetivo general: Analizar la carga asistencial de los profesionales de enfermería en una unidad quirúrgica de digestivo.

Objetivos específicos:

- Conocer los Diagnósticos de Enfermería, los resultados (NOC) y las NIC más habituales asociados al motivo de ingreso.
- Calcular los tiempos de las NIC reales y compararlos con los tiempos de los NIC teóricos.
- Comparar la dotación de personal real de la unidad con la dotación precisa según las NIC reales y las NIC teóricas.

Metodología: Estudio analítico observacional en una unidad de hospitalización de cirugía general y digestiva en un Hospital de tercer nivel en Madrid en 2015. El estudio consta de 2 fases.

Fase I: Se analizan los motivos de ingreso más frecuentes en la unidad y los diagnósticos de enfermería generales derivados de ellos. También se analizan los resultados esperados generales. Se realiza un listado con las NIC habituales de la unidad. El listado está consensuado con 4 enfermeros expertos de la unidad. Posteriormente se realiza un check list en base a los NIC habituales para facilitar la recogida de datos.

Fase II: Se recogen las NIC realizadas durante los 3 turnos de trabajo de las enfermeras (no del personal auxiliar) durante 1 semana completa. Se estiman los tiempos de ejecución de las NIC reales y teóricas según los tiempos publicados internacionalmente (NIC 5ª edición). Se calculan los enfermeros/día teóricos y reales comparándolos con la plantilla real, durante una semana.

Los datos analizados con el Programa SPSS 22.0. Las variables cuantitativas son expresadas en frecuencias absolutas y porcentajes. Se realiza la prueba t para una muestra, para comparación de medias.

Resultados:

La unidad estudiada cuenta con 26 camas y un índice de ocupación del 85,16%. Fase I: Hay 10 motivos de ingreso habituales. Se planifican 24 diagnósticos enfermeros y 23 objetivos principales. Se seleccionan 143 NIC pero se reducen a 129 tras unificar varios de ellos. Se computan 69 NIC. No se computan 15 NIC por estar solapadas, 25 por no haberse realizado, 4 por desconocer los datos y 16 por ser delegadas. No se tienen en cuenta los descansos, la formación de alumnos, la pericia profesional, las presencias o las intervenciones de tipo cualitativo.

Tras sumar los tiempos máximos y mínimos de cada NIC ejecutada, se calcula la media del número de enfermeros necesarios. Existen diferencias significativamente estadísticas entre el número de enfermeros en planta (6,85) y el número de enfermeros

necesarios para realizar las NIC ejecutadas (8,55).

Conclusiones: Se confirma la sobrecarga asistencial percibida por las enfermeras de la unidad y nuestra hipótesis. Las intervenciones NIC nos han ayudado a calcular los tiempos de trabajo y son un instrumento útil en unidades de hospitalización. **Limitaciones del estudio:** la semana de recogida de datos tuvo 2 días festivos. Esto en una unidad quirúrgica puede ser relevante ya que la actividad quirúrgica es más reducida.

Discusión: Los gestores no usan las NIC para calcular las plantillas de enfermería en hospitalización. Las intervenciones de enfermería describen el trabajo enfermero diario de manera fiel a las necesidades individuales de cada paciente y pueden ser un buen instrumento para calcular las plantillas necesarias.

Es necesario replicar el estudio en cada unidad para conocer las cargas asistenciales reales y necesarias de las mismas.

Implicaciones para la práctica. Esta herramienta refleja la realidad cotidiana del trabajo enfermero permitiendo a los gestores conocer la carga asistencial real para planificar y distribuir los recursos enfermeros según las necesidades. También puede ser una herramienta para conocer los costes enfermeros y poder asociarlos a los procesos.

La autora declara no existir ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Morales Asencio, JM; del Río Urenda, S; Terol Fernández, FJ; Gonzalo Jiménez, E; Martín Santos, FJ; Morilla Herrera, JC. Ratios enfermera-paciente: revisión sistemática de los efectos del número de enfermeras sobre los pacientes, su contexto laboral y los resultados de los hospitales. Evidentia [Internet]. 2005 enero-abril [citado 9 Mar 2015];2(4). [aprox. 2 p.] Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/97articulo.php> [ISSN: 1697-638X]
2. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet [Internet]. 2014;383(9931):1824–30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24581683>
3. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Griffiths P, Sermeus W. Staffing and education of nurses and hospital mortality in Europe—Authors' reply. Lancet [Internet]. 2014;384(9946):851–2. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614614823>
4. Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya, editores. Recomendaciones para la dotación de enfermeras en las unidades de hospitalización. 2006. Disponible en: www.coib.cat/uploadsBO/.../RECOM_DOTACION_ENFERMERAS.PDF
5. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [Internet]. Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Oferta Necesidad (2010-2025). 2010. [citado 10 Mar 2015]. Disponible en: www.msssi.gob.es/gl/novedades/.../Estudio_necesidades_enfermeria.pdf
6. Lasso C, Giró D, Vilar MJ, Gómez C, Andrades N. Tiempo estimado para los cuidados enfermeros. Estudio de validación de la Clasificación NIC (Nursing Interventions Classification) en el contexto hospitalario Parc de Salut Mar. Procede del VIII Premio Nacional de Investigación en Enfermería Raquel Recuero Díaz; 2014. Disponible en: www.fabulacongress.es/certamenraquel/images/PdfTrabajos/24.pdf
7. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Proyecto N.I.P.E Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. [citado 10 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/proyecNIPE.htm>

8. Ackley BJ, Ladwig GB. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 7th ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007.
9. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5nd ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.

AUTORES/AUTHORS:

Pedro Pastor Ballesteros, Cristina Pérez Villar, Mario Camacho Macarrón

TÍTULO/TITLE:

EL HUMOR COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN LOS CUIDADOS.

OBJETIVOS: Comparar los datos obtenidos entre los profesionales de dos categorías profesionales de un hospital general en relación a si consideran relevante la inclusión del humor como herramienta terapéutica y su integración en los planes de estudio.

MÉTODO: Estudio descriptivo transversal comparativo dirigido a profesionales de Enfermería y Médicos que prestan sus servicios en unidades de paliativos y/o enfermos terminales así como en servicios de Hematología y Oncología 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 y diciembre de 2018 a febrero de 2019. 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 190 entrevistas, desechando 5 encuestas por errores de cumplimentación. De las cuales el 27 % fueron hombres y el 73 % mujeres con una media de 34,48 años en enfermeras y un 40,23 años en médicos (+/-1.2). El total de la muestra en enfermeras coincidió en afirmar que el humor es beneficioso para la salud, siendo incluso aplicable en el terreno de los cuidados paliativos (97,27%) siendo sólo un 65,5% de los médicos lo que afirmaron. Coincidiendo en torno al 97% ambas categorías profesionales que no cualquier tipo de humor es válido. Tan sólo un 2,72 % en Enfermería y un 3,7 en médicos declararon conocer el humor como intervención enfermera NIC y o médica (dato paradójico en Enfermería observando la media de edad de los participantes en el estudio), siendo en torno al 99% 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 un 94,54% de las enfermeras y un 60,5% de los médicos los que consideraron importante incluirlo en los planes de estudio de las Facultades

DISCUSIÓN. Se pone de manifiesto mediante el presente estudio la diferencia en cuanto a importancia que le otorgan las dos categorías profesionales al uso del humor como herramienta terapéutica en los cuidados tanto de pacientes como de familiares. Dato que coincide en la importancia que ambas categorías profesionales otorgan a su inclusión en los diferentes planes de estudio. 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. Así mismo queda patente en el caso de los profesionales de Enfermería la relevancia otorgada a la inclusión del humor como herramienta terapéutica en los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Carcabelo 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 studens. 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 Instruc Psychol. 2010 Jan;37(4):326-31

-Carcabelo 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>.
- McCreddie 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.
- Herrdman TH, editor. *NANDA international. 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>.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves III

Session of Oral Brief Presentations III

AUTORES/AUTHORS:

Palmira Oliveira, Maria Figueiredo, João Apóstolo, Carlinda leite

TÍTULO/TITLE:

Changes in the practices of primary health care nurses: contributions of pedagogical methods in MDAIF-Training

Objectives: To evaluate the perception of primary health care nurses (PHC) about the contribution of pedagogical methods to changes in their professional practices.

Methods: Quantitative, exploratory-descriptive study. The questionnaire to evaluate the perception, was constructed of Likert type scalar questions, with 5 response options (1- Absence contribution; 2- Little contribution; 3-Moderate contribution; 4- High contribution; 5-Total contribution), based on the classification of the pedagogical methods of Vieira & Vieira (2005). The convenience sample consisted in 122 PHC nurses, who signed informed consent and after the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF) training, as part of the MDAIF research project at the Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), in Portugal. Descriptive statistics (IBM-SPSS, version 25) were used for the data treatment.

Results: Nurses are predominantly female (85.4%) and graduated (88.5%), with the remainder having a master's degree. On average, they have 39 years, 15 years of profession and 12 years in PHC.

On average, all methods are perceived to have moderate to high contribution ($M=3,58$; $SD=0,5$), highlighting slightly the group of teaching-learning methods of "simulation of reality" and later that of "real-life situations". The "case study" (simulation of reality) was highlighted as the perceived method with a higher average contribution (4.26), followed by the "work experience" stage (real-life situation) and the "simulation" (simulation of reality) with 4.09, and after, role-play (reality simulation) with 4.00.

Discussion: The MDAIF (Figueiredo, 2012) is the theoretical - operational framework adopted by the Order of nurses, in Portugal, for the specific competencies in family health nursing (Ordem Enfermeiros, 2011). It is an instrument that provides a deep knowledge of family care as a unit, through its operational matrix, allowing to guide and systematize the actions of the family nurse in a collaborative way, sustained by the concepts, assumptions and postulates of the model. Therefore, enables the connection between theory and practice, guiding decision-making in the process of taking care of the family, performed by PHC nurses.

The evaluation of the contribution of the pedagogical methods is relevant for the improvement of the MDAIF training design, as an intentional action promoting learning outcomes, such as knowing how to act in a situation (Le Boterf, 2005). This presupposes a training based on a constructivist paradigm (Figueiredo et al. 2015) leading to a transformative learning based on real or simulated problems, being possible through case studies. In fact, this was the pedagogical method perceived as having the highest contribution, being a result corroborated by other studies (Davis, 2013), aiming at the articulation of the theory with the clinical practice, and the improvement of the quality of care provided in PHC, through the changes in nurses' professional practices, in the context of family assessment and intervention.

It is suggestive that there is a greater importance to experiential learning, as a promoter of knowledge and the development of competences, to take care of the family as a client. There is also an emphasis on pedagogical presuppositions with the epicenter in the learner, attributing an action of curiosity through questions, reflection and experience (Oliveira, 2018).

This study corroborates the results of other studies conducted within the scope of CINTESIS (Oliveira, 2018; Figueiredo et al, 2018) and the importance attached to MDAIF in changing the professional practices of portuguese PHC nurses, and may have implications for the MDAIF training program. also translating into results for nursing, as a knowledge discipline.

There are no conflicts of interest associated with this study.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Davis, J. (2013). Modelling as a strategy for learning and teaching in nursing education. Singapore Nursing Journal, 40 (3), pp. 5-11.

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Lisboa: Lusociência.

Figueiredo, M.; Oliveira, P.; Apóstolo, J. (2015). La Construcción del aprendizaje reflexivo. In *La Educación Crítica y Los Desafíos en el Siglo XXI*. México: Ediciones y Gráficos Eón, pp. 153 - 166.

Figueiredo, M.; Silva, R.; Andrade, C.; Brás, M.; Oliveira, P. (2018). Dynamic model for assessment and family intervention – impact on families health gains. *Digital Supplement Rev ROL*; 41, 1-12, pp. 87 – 93.

LeBoterf, G. (2005). Construir as competências individuais e coletivas. Resposta a 80 questões. Porto: Asa.

Oliveira, P. (2018). Auto-eficácia Específica nas Competências do Enfermeiro Generalista. Saarbücken: Novas Edições Académicas.

Oliveira, P.; Figueiredo, M; Apóstolo, J.; Leite, C. (2018). The impact on training of the dynamic model for assessment and family intervention. *Digital Supplement Rev ROL Enferm*, 41, 11-12: pp.319 - 323.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Diário da Republica nº 35/2011, Serie II de 2011-02-18 [<https://dre.pt/>]. [acesso 12 jul 2019].

Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/3477091>.

Vieira, R, Vieira, C. (2005). Estratégias de Ensino/Aprendizagem. O questionamento promotor do pensamento crítico. Coleção Horizontes Pedagógicos. Lisboa: Instituto Piaget.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV

Session of Oral Brief Presentations IV

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Casanovas Cuellar, Sergio Alonso Fernández, Eva Porcuna Nicolás, Isabel Andrés Martínez, Daniel Montañéz Valcarcel, Yaiza Toledano Castilla, Encarna Bautista Martín, Oscar Delgado Chamorro, Sonia Cadenas González

TÍTULO/TITLE:

Opinión de los usuarios sobre el soporte del Área de Investigación e Innovación en Cuidados

OBJETIVO: Conocer la opinión de los profesionales sobre los servicios y soporte del Área de Investigación e Innovación en Cuidados Enfermeros.

MÉTODO: estudio observacional descriptivo prospectivo. Participaron todos los profesionales que solicitaron asesoría en el Área de Investigación e Innovación en Cuidados del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (población: 436 profesionales). El instrumento de recogida de datos fue un cuestionario autoadministrado y anónimo diseñado por el equipo investigador y que fue difundido a través de la herramienta de formularios de Google. Los ítems del cuestionario fueron evaluados en una escala Likert simétrica de 4 valores, donde el valor máximo (4) se correspondía con la mejor valoración. Se hizo análisis descriptivo de las variables de interés con el software IBM SPSS v.24.

RESULTADOS

Participaron 113 profesionales (25.90% del total de profesionales atendidos), la mayoría fueron enfermeras (83.90%), y en menor proporción los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (16,1%). La edad fue de 42.68±12.07 años, el tiempo desde la finalización de los estudios fue de 19.10±10.45 años. Trabajan en turno de mañana 75 (66,4%) profesionales, 20 (17,7%) en turno de tarde y 15 (13.3%) en turno de noche. El 32,7 % de los participantes conoció el Área de Investigación e Innovación en cuidados a través de la intranet corporativa, seguido de un 22,1% aconsejado por el supervisor, un 16,8% se lo aconsejó un colega, el 11,5% a través del curso de metodología y el 16,9 restante por otras vías (principalmente a través de la Dirección de Enfermería). En cuanto a la opinión sobre la cartera de servicios todas fueron evaluadas con puntuaciones superiores a 3. El servicio mejor evaluado fueron las asesorías presenciales (3.40±0.65 puntos), seguido de la revisión de posters científicos (3.38±0.70) y resúmenes científicos (3.35±0.62). Los cursos de formación obtuvieron valoraciones altas, con puntuaciones medias que oscilaron entre 3.17 y 2.79 puntos. El curso mejor valorado fue el de metodología de la investigación, mientras el que obtuvo una valoración inferior fue el de divulgación científica para auxiliares de enfermería.

DISCUSIÓN

El Área de Investigación e Innovación en cuidados ofrece servicios de asesoramiento en todas las etapas de desarrollo de un proyecto de investigación. Los profesionales han evaluado favorablemente los servicios, así como las actividades formativas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Faura Vendrell A, Álvarez Morales S, Vera Casanova M, Cubino Junyent N, Garrigosa Silvente M, Junyent Iglesias E. El papel de la enfermera en la investigación clínica: una nueva opción profesional. *Enfermería Nefrológica*. 2015;18(suppl 1):82-82.
2. Vélez E. Investigación en enfermería, fundamento de la disciplina. *Rev Adm Sanit*. 2009;7(2):341-56.
3. Castro M, Simian D. La enfermería y la investigación. 2018;29(3):301-10.

AUTORES/AUTHORS:

Verónica Tíscar-González, Montserrat Gea-Sánchez, Joan Blanco-Blanco, Teresa Moreno-Casbas

TÍTULO/TITLE:

Conocimientos y actitudes ante la Parada Cardiorrespiratoria de las enfermeras asistentes a un evento científico

Objetivos

Conocer el nivel de conocimientos teórico-prácticos y las actitudes ante los aspectos éticos que circunscriben la Parada Cardio Respiratoria (PCR)

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal.

Tras la actualización del cuestionario validado CAEPCR (1) para adaptarlo a las recomendaciones del Consejo Europeo de Reanimación Cardiopulmonar (ERC 2015), se solicitó la respuesta al cuestionario a enfermeras y estudiantes asistentes a un evento científico internacional.

Ámbito: Encuentro Internacional de Investigación en cuidados Investen-isci iii 2015 en Cuenca.

Se realizó análisis descriptivo de las variables a estudiar con el paquete SPSS.

Resultados

Del total de 526 participantes españolas en el encuentro, 455 eran enfermeras nacionales y 71 estudiantes nacionales.

Respondieron 212 (40.3%).

Datos sociodemográficos: El 75,9% (161) eran mujeres. El 36.3% (77) tenía una experiencia laboral de <5 años, el 13.7% (29) entre 5-10 años, el 15.1% (32) entre 11-15 años, el 10.4% (22) entre 16-20 años, el 22.2% (47) >20 años. El 52.8% (112) trabajaba en atención asistencial, el 8.5% (18) en docencia e investigación y el 36.8% (78) en otros ámbitos.

El 67% (145) había recibido un curso de RCP en los últimos 2 años, el 27.8% (59) >2 años, y el 4.2% (9) refería no haberse reciclado nunca.

El 43.9% (93) había atendido una PCR en los últimos 2 años, el 28.8% (61) >2 años y el 26.9% (57) nunca.

Se obtuvo una nota media de 6.20 sobre 10 (DE: 1.86) en el cuestionario de conocimientos teórico-prácticos.

En relación a la actitud, el 56.7% (120) consideraba su preparación en RCP adecuada y el 58.1% (123) decía conocer el protocolo de su Organización. El 80.2% (170) consideraba responsabilidad personal estar formado y el 90.1% (191) lo consideraba además obligación de la Organización. El 91.9% (195) se consideraba capaz de liderar una RCP, en el supuesto de ser la persona con más conocimientos. El 51.9% (110) estaba en desacuerdo con la RCP presenciada por familiares.

Discusión

Los resultados de conocimientos teórico-prácticos mostraron margen de mejora. Sin embargo, las participantes mostraron en general una adecuada actitud ante los aspectos éticos.

La mayoría de las enfermeras consideraba responsabilidad personal su formación, al contrario de los resultados obtenidos en un hospital del País Vasco en 2015 (1).

Cabe destacar que las participantes mostraron capacidad de liderazgo en RCP y confiaban en que la información que pueden poseer acerca de los deseos del paciente podría hacer que se detuviera o no iniciase una RCP.

En sintonía con los resultados obtenidos en un estudio cualitativo en el País Vasco en 2015 (2) y al igual que en otros países (3,4), las participantes en este estudio mostraban reticencias a la RCP presenciada. Dicha práctica no está exenta de debate a nivel

internacional (5), ya que si bien está avalada por diversas asociaciones científicas (6–8) los profesionales continúan mostrando recelo a su desarrollo (9).

En conclusión, cabe destacar que a pesar de su desacuerdo con dicha práctica, las enfermeras consideraban que la presencia de familiares no influiría en su decisión de iniciar o no la RCP.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Tíscar-González V, Blanco-Blanco J, Gea-Sánchez M, Rodríguez-Molinuevo A, Moreno-Casbas T. Nursing knowledge of and attitude in cardiopulmonary arrest: cross-sectional survey analysis. *PeerJ*. 2019;1–18.
2. Tíscar-González V, Gastaldo D, Moreno-Casbas MT, Peter E, Rodríguez-Molinuevo A, Gea-Sánchez M. Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. *Aten Primaria* [Internet]. 2018;(xx). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.002>
3. Giles T, de Lacey S, Muir-Cochrane E. Factors influencing decision-making around family presence during resuscitation: a grounded theory study. *J Adv Nurs*. 2016;72(11):2706–17.
4. Mentzelopoulos SD, Bossaert L, Raffay V, Askitopoulou H, Perkins GD, Greif R, et al. A survey of key opinion leaders on ethical resuscitation practices in 31 European Countries. *Resuscitation* [Internet]. 2016;100:11–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.12.010>
5. Oczkowski SJ, Mazzetti I, Cupido C, Fox-Robichaud AE. The offering of family presence during resuscitation: a systematic review and meta-analysis. *J intensive care* [Internet]. 2015;3:41. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4607174&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
6. American Association of Critical-Care Nurses practice alert. Family presence during CPR and invasive procedures. Available at: <http://www.aacn.org/AACN/practiceAlert.nsf/vwdoc/pa2>.
7. Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, Steen PA, Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*. 2010;81(10):1445–51.
8. Oczkowski SJW, Mazzetti I, Cupido C, Fox-Robichaud AE. Family presence during resuscitation: A Canadian Critical Care Society position paper. *Can Respir J*. 2015;22(4):201–5.
9. McClement SE, Fallis WM, Pereira A. Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives. *J Nurs Scholarsh*. 2009;41(3):233–40.

AUTORES/AUTHORS:

Llúcia Benito-Aracil, Pilar Delgado-Hito, Marta Romero-García, Laura de la Cueva-Ariza, Núria Cuxart-Ainaud

TÍTULO/TITLE:

Impacto bibliométrico de las ayudas a la investigación del Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona

Introducción. El Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona promueve la investigación enfermera en los diversos ámbitos donde se desarrolla y colabora en potenciar el aumento de la calidad y la cantidad de estudios que fundamenten los cuidados basados en la evidencia, y para ello otorga anualmente unas ayudas económicas para su realización. Es necesario evaluar el rendimiento de la actividad científica y su impacto en la sociedad para adecuar convenientemente la asignación de los recursos destinados a investigación.

Objetivo. Determinar el impacto bibliométrico de las ayudas económicas a la investigación enfermera concedidas por el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona.

Metodología. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que incluyeron todos los proyectos de investigación que habían recibido una ayuda económica por parte del Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona desde el año 2008 hasta el 2017. Para valorar el impacto bibliométrico de las ayudas, se envió un cuestionario online a todos los investigadores principales de todos los proyectos que habían recibido ayuda económica durante el periodo 2008-2017. El cuestionario recogía aspectos relacionados con el proyecto financiado, el número total de publicaciones derivadas del proyecto, el título de la publicación, la revista y el año de publicación. Posteriormente, a través de las bases de datos de la Journal Citation Report y Scopus se obtuvo información sobre el factor de impacto de la revista, la posición, el cuartil y el número de citas de todas las publicaciones. Se utilizaron los datos pertenecientes al año de publicación de cada uno de los artículos. Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio. Mediante la media y la desviación estándar se mostraron las variables cuantitativas y mediante frecuencias y porcentajes las cualitativas.

Resultados. Durante los diez años analizados (2008-2017), 93 proyectos de investigación recibieron ayuda económica para su realización por parte del Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona. Estos proyectos generaron un total de 64 artículos que se publicaron en 47 revistas diferentes.

La media de publicaciones por año fue de 6,40, con una desviación estándar de 4,05. La mediana de tiempo entre la concesión de la ayuda y la publicación del artículo fue de seis años, con un mínimo de cero y un máximo de diez años. Se obtuvo un factor de impacto acumulado total de 99,69, con una media de 1,82 de factor de impacto por artículo y con una desviación de 1,98.

De las 64 publicaciones obtenidas a partir de los diferentes proyectos, 40 se publicaron en revistas pertenecientes al Journal Citation Report: 16 fueron publicados en revistas de primer cuartil, 12 en revistas segundo cuartil y 12 en revistas pertenecientes al tercer cuartil. Adicionalmente, nueve de los 64 artículos se publicaron en revistas que ocupaban los diez primeros puestos. Las revistas con mayor número de publicaciones fueron Enfermería Intensiva (cuatro publicaciones) y la International Journal of Nursing Practice (cuatro publicaciones).

En relación a las citas recibidas, las 64 publicaciones han recibido un total de 399 citas (media de 6,23 citas por artículo), con un mínimo de cero citas y un máximo de 98 citas.

Discusión. El estudio de la producción científica enfermera es un buen indicador para evaluar el avance de las investigaciones y la generación de nuevos conocimientos, que permite examinar retrospectivamente cómo se han logrado y dado a conocer los avances científicos y caracterizar el desarrollo de la disciplina. Los resultados de este estudio muestran un importante impacto bibliométrico de las ayudas económicas. Mas del 60% de las publicaciones obtenidas a partir de los resultados de los proyectos se han publicado en revistas con factor de impacto, y paralelamente estos los artículos son citados por otros profesionales, ya que la media de citas por artículo es superior a seis . Por lo tanto, es importante que el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona siga

ofreciendo ayudas para la investigación enfermera que permita difundir la evidencia creada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Journal Citation Reports. Disponible en: <https://jcr.incites.thomsonreuters.com/> [Consulta: 05-04-2019]

Scimago Journal and Country Rank Disponible en: [http:// www.scimagojr.com/](http://www.scimagojr.com/) [Consulta: 07-04-2019]

AUTORES/AUTHORS:

Isabel Pérez Pérez, Maria Godall Castell, Montserrat Lamoglia Puig

TÍTULO/TITLE:

Investigación-acción-participante a través de la cocreación para la promoción del envejecimiento activo

Introducción: El envejecimiento activo es una estrategia para mantener y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, de ahí la importancia de favorecer las condiciones que lo permitan. La feminización es una de las características del proceso de envejecimiento y la jubilación, puerta de entrada a esta etapa, conlleva cambios que requieren adaptación y que no son percibidos de igual forma según el género.

Objetivo: Promover el envejecimiento activo de mujeres jubiladas.

Metodología: Investigación planteada desde el paradigma cualitativo con una metodología de Investigación-Acción-Participativa. Se recurrió a la cocreación como estrategia para generar valor. El proceso de cocreación se aplicó en tres fases: Fase 1, la exploratoria, que permitió la identificación de necesidades y la generación de ideas para crear valor; Fase 2, la de diseño (desde la perspectiva de la teoría del cambio) y ejecución de un producto concreto para favorecer el envejecimiento activo de estas mujeres, y finalmente la Fase 3, la de evaluación del mismo. Las participantes fueron 26 mujeres jubiladas de la ciudad de Barcelona (España). Para la recogida de datos se utilizó la técnica de los grupos focales. Las grabaciones de audio de las sesiones con los grupos se transcribieron textualmente. Se utilizó un enfoque cualitativo, inductivo y temático para el análisis de datos.

Resultados: En la primera fase las mujeres participantes manifestaban recelo a formar parte de un colectivo que la sociedad homogeniza, y demandaban actividades que tuvieran significado para ellas (tenían dificultades para encontrarlas). Resaltaban que las universidades podían pensar en ellas y plantear acciones de formación no académica para poder acoger a una mayor variedad de mujeres jubiladas. Los resultados de la segunda fase (diseño) con el consenso de las mujeres participantes respecto a las actividades a realizar, propusieron a la facultad un programa formativo personalizado para ellas. Un programa sin vinculación académica y gratuito para que fuera más inclusivo. En cuanto a la ejecución de la propuesta se planificó la primera edición del programa formativo que se implementó por primera vez en la facultad entre noviembre de 2015 y junio de 2016. Se decidió hacerlo extensible a todas las personas mayores para no generar discriminación de género. El porcentaje de participación de las mujeres (84%) fue superior al de los hombres (16%). En las tres ediciones siguientes la proporción de asistencia de mujeres fue muy similar, así como también la adherencia a todas las sesiones por parte de los asistentes. La encuesta de satisfacción que se pasó al final de cada edición mostró que consideraban una muy buena idea ofrecer este tipo de programas a las personas de su edad desde la universidad. Lo encontraron muy interesante, instructivo y enriquecedor.

Discusión y conclusiones: El envejecimiento activo es una estrategia para mantener y mejorar la calidad de vida de las personas mayores. A través del programa formativo propuesto y realizado se logró el objetivo de potenciar su envejecimiento activo, y al mismo tiempo posibilitar el establecimiento de nuevas relaciones sociales (iniciaron nuevos vínculos personales), incrementar sus conocimientos sobre salud para mejorar su proceso de envejecimiento y crear una cultura de aprendizaje para personas mayores sin vinculación académica en la universidad. Además, la connotación de que fuera en concreto dentro del contexto universitario, les supuso a los participantes, una satisfacción subjetiva, implícita en la construcción de la autoestima.

Implicaciones para la práctica: contribuir al envejecimiento activo de la población desde la universidad.

Conflicto de intereses: No existen

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

· Abellán-García A, Ayala-García A, Pérez-Díaz J, Puyol-Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2018.

- Indicadores estadísticos básicos. Inf Envejec en red [Internet]. 2018;17:1–34. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>
- Anderson A. The Community Builder's Approach to Theory of Change. A practical guide to theory development. [Internet]. New York: The Aspen Institute Roundtable on Community Change; 2005. Available from: http://www.theoryofchange.org/pdf/TOC_fac_guide.pdf
 - Balcazar F. Investigación acción participativa (iap): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. Fundam en Humanidades [Internet]. 2003;IV (7-8):59–77. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/184/18400804.pdf>
 - Cabezas-Peña C, Castell-Abat C, Robert-Isart R, Roure-Cuspinera E, Serra-Farró J, Vallbona-Calbó C. Bases per a la promoció de l'envelliment actiu i saludable. [Internet]. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2014. Available from: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1814/envelliment_actiu_saludable_2014.pdf?sequence=1
 - Chulian A, Garrido M. Manual de preparación a la jubilación positiva [Internet]. Asistencia FD y, editor. Madrid; 2015. Available from: <http://www.fundacionmontemadrid.es/uploads/area/989d47ad9f1b22d990a0a84ac56793deea51850e.pdf>
 - Grönroos C. Value co-creation in service logic: a critical analysis. Mark Theory. 2011;11(3):279–301.
 - Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]. Luxemburgo.; 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/who_fwc_alc_15.01_spa.pdf;jsessionid=C4B6935BB6A6E9590A03E1497F37E375?sequence=1
 - World Health Organization. World Report on ageing and health. Luxembourg: World Health Organization; 2015. 225 p.
 - United Nations, Department of Economic and Social Affairs PD. World Population Prospects The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables [Internet]. United Nations, editor. New York; 2015. 1-66 p. Available from: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf
 - Zurbruggen C, González-Lago M. Innovación y co-creación: nuevos desafíos para las políticas públicas. Rev gestión Pública [Internet]. 2014;III (2)(719–1820):329–61. Available from: http://www.revistadegestionpublica.cl/Vol_III_No_2/ZurbruggenyGonzalez.pdf

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Sanclemente Dalmau, Esther Rubinat Arnaldo, Paola Galbany Estragués

TÍTULO/TITLE:

Percepción de las competencias de las enfermeras de anestesia en Cataluña

Objetivo: Identificar cómo las enfermeras de anestesia perciben las competencias profesionales.

Metodología: Estudio cualitativo descriptivo. La población de estudio fueron enfermeras que desarrollaban su actividad en el ámbito de la anestesia, reanimación o terapia del dolor. Los criterios de inclusión fueron tener más de 5 años de experiencia como enfermera de anestesia y formación postgraduada universitaria en este ámbito, criterios básicos según Benner P.(1) y Hamric A.(2) El único criterio de exclusión fue haber tenido experiencia profesional fuera de España. La selección de los participantes se realizó mediante muestreo intencionado no probabilístico. Se seleccionaron 6 profesionales, 2 hombres y 4 mujeres, entre 34 y 64 años quedando representadas con su experiencia las diferentes áreas de trabajo de la anestesia. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, que se grabaron y transcribieron con la revisión posterior y la aprobación de las participantes. El análisis de los datos se realizó con Atlas.ti. Del estudio resultaron 8 categorías y 16 códigos, detallados en el apartado de resultados. Se siguieron los criterios de fiabilidad de la investigación cualitativa definidos por Lincoln y Guba(3).

Resultados: Las categorías de Experta, Interrelación con el Entorno, Educación y Profesional recogidas, coincidieron con las competencias definidas por La International Federation of Nurses Anesthetists en su marco competencial.

Por otro lado con el análisis emergieron otras cuatro categorías:

- 1) Actualidad formación: La necesidad de una formación reglada y unificada a nivel universitario, con más horas lectivas pero sobretodo con más horas de prácticas y que conllevara una acreditación para la práctica asistencial, es una demanda por parte de los profesionales. La equivalencia a una especialidad enfermera como en muchos otros países es una quimera difícil de alcanzar.
- 2) Práctica avanzada: La formación teórica, las habilidades prácticas, la expertez, el abordaje de los casos complejos, el rol consultor, el elevado grado de autonomía, el razonamiento y pensamiento crítico son características que definen una enfermera de práctica avanzada. A pesar de la definición per se de las enfermeras de anestesia como enfermeras de práctica avanzada por parte de organismos como el International Council of Nurses, apareció una discrepancia entre los participantes en este sentido, pues se planteaban la cuestión si la práctica avanzada era una aptitud, una característica muy ligada a la propia persona y a la situación, y que no se podía generalizar a toda la profesión.
- 3) Rol colaborativo: Puede parecer que la mayoría de la actividad diaria de las enfermeras de anestesia tienen un carácter colaborativo, como la administración de anestesia o analgesia, la aplicación de técnicas invasivas, la monitorización, por el carácter tan específico de la especialidad. No obstante los participantes destacan esto como ayuda experta y como algunas de ellas se pueden realizar con una delegación de funciones.
- 4) Rol autónomo: Ésta última tuvo una destacada importancia por los participantes, incluyendo los códigos de "autorreconocimiento del rol" y la "capacidad de decisión". Las participantes definieron como actividades de su rol autónomo la información previa a la anestesia, la educación del paciente y familia en la fase prequirúrgica, en la participación en los tratamientos de dolor agudo, en la preparación al alta a domicilio, así como durante el seguimiento en las unidades de dolor crónico, y a ser proveedores del empoderamiento frente al proceso quirúrgico.

Discusión: En Cataluña está emergiendo la figura de enfermera de anestesia en la práctica asistencial, lo que hace que surjan nuevas competencias hasta ahora no consolidadas. La participación en todo el proceso perioperatorio desde la consulta preanestésica, al seguimiento del dolor postoperatorio y en las unidades de dolor crónico, permite que las enfermeras definan como suyas competencias autónomas como la educación de la salud y la interrelación con la familia, a diferencia de investigaciones anteriores en que apenas se reconocían estas competencias(4,5)

La falta de definición como especialidad puede ser uno de los motivos para que no se requiera la formación específica. Por otro lado, la polivalencia con la que los gestores asistenciales tratan a las enfermeras para cubrir lugares de trabajo específicos, sin tener en cuenta experiencia y formación, puede ser una de las causas de la falta de profesionalización de la enfermería.

La seguridad y el cuidado de los pacientes durante todo el proceso perioperatorio es el objetivo prioritario de las enfermeras de anestesia, en el mismo camino que Sundqvist(6), en el que define el proceso como “sostener la vida de los pacientes en mis manos”.

Todavía queda mucho camino por recorrer para llegar a los estándares de las enfermeras de Francia o Noruega. Una formación de excelencia, el reconocimiento de las instituciones y de los miembros del equipo de salud hacia estos profesionales, han de ser las guías para desarrollar el potencial autónomo de los cuidados enfermeros dentro del equipo de anestesia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Benner P. *Práctica progresiva en enfermería*. Grijalbo, editor. 1987.
2. Hamric AB, Hanson C, Tracy MF, O'Grady E. *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. 6th ed. Elsevier Inc; 2019.
3. Sandin Esteban MP. Criterios De Validez En La Investigación Cualitativa: De la objetividad a la solidaridad. *Rev Investig Educ*. 2000;18(1):223–42.
4. Juvé-Udina ME, Farrero-Muñoz S, Calvo CM, Rius-Ferrus L, Monterde-Prat D, Cruz-Llaüna R, et al. Pesos competenciales. *54 Nurs*. 2009;27(7).
5. Comellas Oliva M. La construcción de la práctica avanzada en enfermería en el contexto sanitario catalán. *Avanzando en la disciplina enfermera* [Internet]. Universitat de Barcelona; 2016. Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/380905>
6. Sundqvist AS, Carlsson AA. Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy. *Scand J Caring Sci*. 2014;28(2):281–8.

AUTORES/AUTHORS:

María Lourdes Jiménez Navascués, Fátima María Laborda Higes, Esther Bahillo Ruiz, Elena Jiménez García, Ana María Verde Romera, Ana Lavedan Santamaría, Virtudes Niño Martín

TÍTULO/TITLE:

Valoración de estereotipos negativos hacia la vejez entre estudiantes universitarios: estudio multicéntrico

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de estereotipos negativos y mitos sobre la vejez de los estudiantes universitarios de los Campus de Valladolid, Soria y Lérida.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal entre estudiantes de diferentes titulaciones de las Universidades de Valladolid, Soria y Lérida, durante los meses de diciembre (2018) a abril (2019). Para la medición de los estereotipos negativos hacia la vejez se utilizó el instrumento CENVE, formado por 15 ítems que exploran el factor salud, el motivacional-social y el carácter-personalidad. Cada una de las tres dimensiones se valoran con una puntuación mínima de 5 y máxima de 20, considerándose estereotipo negativo cuando la puntuación se encuentra entre 12,5 y 20. La puntuación máxima global del cuestionario es de 60 puntos, de 15 a 28 puntos corresponde a un muy bajo nivel de estereotipo negativo hacia las personas mayores, de 29 a 39 equivale a bajo, de 40 a 50 corresponde a un nivel alto, de 51 a 60 equivale a muy alto nivel de estereotipo negativo.

RESULTADOS

Participaron un total de 686 alumnos, el 60,8% estudiantes de Enfermería, el 62,1% tenían algún tipo de formación sobre vejez, el 70,1% mujeres y el 76% edades comprendidas entre los 18 y 22 años. Un 13,7% convivía con una persona mayor de 70 años, en el 19,4% de los casos en situación de dependencia. El 28,3% de los estudiantes afirmaron haber realizado actividades de voluntariado con personas mayores y al 73,2% no les importaría participar en actividades con este grupo de población. En relación a los resultados del Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE), para la dimensión salud se obtuvo una puntuación global de 10,63, la dimensión que valora el factor motivacional-social se puntuó con 12,63 puntos, considerándose un valor de estereotipo negativo y el factor carácter-personalidad con 11,28 puntos.

La puntuación global del cuestionario fue de 34,54 puntos, una interpretación de estereotipos negativos hacia la vejez considerada de nivel bajo.

DISCUSIÓN

Las modificaciones demográficas que está viviendo la sociedad actual (1) requieren de importantes actuaciones en el ámbito de la convivencia, integración y bienestar (2), ya que el proceso de envejecimiento modifica las relaciones entre generaciones. Los estereotipos hacia la vejez tienen un componente cultural (3), las características compartidas sobre este grupo suponen creencias positivas o negativas que permanecen integradas socialmente, las creencias negativas suponen conducta edadistas. Los estudiantes universitarios participantes muestran una percepción de estereotipo negativo en la dimensión motivacional-social. En el nuestro estudio destacan, entre otros resultados, que el 46,2% considera que a los 65 años se produce un fuerte deterioro de salud, asocian esta edad con deterioro físico y/o de memoria, y dependencia. El 66% perciben a los mayores inflexibles y menos activos, un porcentaje muy elevado opina (77,5%) que las personas se deben jubilar a los 60-65 años y entre el 30-35% consideran a los mayores de 65 años cascarrabias, inflexibles, pierden la capacidad para resolver problemas y el interés por las cosas. Estos prejuicios hacia la vejez, según estudios previos pueden ser matizados a través de la formación y reflexión sobre el valor social de los mayores (3,4). La práctica de la enseñanza y el aprendizaje intergeneracional puede contribuir para un equilibrio de las desigualdades y superar la segregación social con la promoción de una mayor capacidad de comprensión y respeto entre generaciones, lo que permite el desarrollo de las sociedades (5).

Una visión estereotipada plantea problemas de índole ético, económico, social y sanitario ya que es una forma de discriminación hacia un importante grupo de la población, solo por ser mayores. Determinantes relacionados con el entorno social, el apoyo social, el aislamiento social, el abuso contra las personas de edad avanzada, la exposición a situaciones de conflicto aumentan el riesgo de discapacidad y muerte prematura en personas mayores (6), por lo que es importante fomentar la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables para un envejecimiento activo.

El abordaje del concepto de vejez, a lo largo del ciclo vital desde una perspectiva socialmente integradora, se postula como una herramienta facilitadora de cambio ante actitudes o prejuicios que puedan favorecer conductas estereotipadas de los futuros profesionales de distintas disciplinas. La importancia de llevar a cabo programas de educación intergeneracional ha sido evidenciada con anterioridad (7,8,9,10,11), se plantea la necesidad de formación que permita profundizar y conocer las características del colectivo de mayores y se generen procesos de reflexión avanzado en la formación del profesorado (8).

Este estudio genera datos que apoyan los estudios previos e identifica los prejuicios sociales sobre la vejez entre jóvenes, mostrando desconocimiento e infravaloración de las personas en función de su edad. Justifica la propuesta de diseñar intervenciones que pongan en valor a los mayores, desde la formación universitaria, con la finalidad de visibilizar las aportaciones que los mayores han realizado y siguen realizando a nivel social y familiar, así como su capacidad funcional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Abellan Garcia A, Ayala García A, Pérez Díaz J, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. Inf en Red. 2018;17.
2. Causapié Lopesino P, Balbontín López-Cerón A, Porras Muñoz M, Mateo Echanocorría A. LIBRO BLANCO [Internet]. 1o. Ministerio de Sanidad PS e ISG de PS y CI de M y S sociales (IMSERSO), editor. Madrid; 2011 [cited 2018 Jun 25]. Available from: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
3. Jiménez Navascués ML. Institucionalización de la enfermería geriátrica en España: 1977-2010 [Internet]. Zaragoza; 2013 [cited 2017 Feb 3]. Available from: <https://zagan.unizar.es/record/30674/files/TESIS-2015-031.pdf>.
4. Pelet Lafita EM, Jiménez Navascués L. La formación como prevención de conductas edadistas [Internet]. Trabajo Fin de Grado- U. Valladolid; 2016 [cited 2018 Jun 27]
5. Pinto T, Marreel I, Hatton-Yeo A. Guía de ideas para la Planificación y Aplicación de Proyectos Intergeneracionales. Online [Internet]. 2009; Available from: <http://eric.ed.gov/?id=ED507360>
6. Limón Mendizabal M. Envejecimiento activo : un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Aula Abierta. 2018;47(1):45–54.
7. Cordero del Castillo P. European year of Active Aging and the Intergenerational Solidarity. Humanismo y Trab Soc [Internet]. 2012 [cited 2018 Jul 3];11:101–17.
8. Martínez Heredia N, Rodríguez García AM. Educación intergeneracional: un nuevo reto para la formación del profesorado. Rev Estud y Exp en Educ [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2018 Jun 25];17(33):113–24.
9. Belchi Romero G, Salmerón Aroca JA, Sánchez Lázaro AM. Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional: un ejemplo desde el contexto universitario en el grado en educación social de la Universidad de Murcia. Premio Sifor-Age. RES, Rev Educ Soc [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 25];24.
10. Elliott P V, Rubio L. Cambios en los estereotipos sobre la vejez de estudiantes tras su participación en un proyecto intergeneracional. Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol [Internet]. 2018 Jan 26 [cited 2018 Jun 25];1(2):61.
11. Sanchez Cabaco A, Holgado Sánchez A, Sánchez Zaballos E, Ramos Bernal MT. Año europeo. envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional. Int J Dev Educ Psicol. 2014;7(2012):533–40.

Mesa de Comunicaciones 6: Salud mental

Concurrent Session 6: Mental care

AUTORES/AUTHORS:

Sara Sanchez Balcells, Marta Callarisa Roca, Nathalia Rodriguez Zunino, Manuel Tomás Jimenez, Maria Teresa LLuch Canut, Montserrat Puig Llobet, Juan F. Roldan Merino

TÍTULO/TITLE:

Revisión sistemática de las propiedades psicométricas de los instrumentos de calidad y satisfacción en salud mental

1. Objetivos

Identificar la calidad metodológica de los estudios y analizar las propiedades psicométricas de las escalas que miden calidad y satisfacción de la atención desde la perspectiva de las personas con procesos de salud mental como los profesionales del ámbito de la psiquiatría.

2, Métodos

Se realizó una revisión sistemática psicométrica y se enmarcó de acuerdo con los estándares basados en el consenso para la selección de instrumentos de medición de la salud (COSMIN) (Mokkink et al., 2010). Además, el estudio siguió el esquema preferido para las revisiones sistemáticas y el metanálisis (Liberati et al., 2009). La búsqueda del estudio y el proceso de selección se presentan en el anexo 1. Esta revisión se registró en PROSPERO (número de registro CRD42016033859). Criterios de inclusión y exclusión de estudios:

Los criterios de inclusión incluían los artículos publicados desde enero del 2005 hasta setiembre del 2016 identificado en las bases de datos de Medline, Cinahl y Scopus. Publicados en inglés, castellano y portugués. Artículos originales con el constructor de interés de calidad de la atención. Artículos que describían el proceso de validación de la escala o determinaba sus propiedades psicométricas. Artículos basados en el proceso de traducción y/o contextualización de la escala.

Los criterios de exclusión correspondían a revisiones bibliográficas y revisiones sistemáticas y solo se usaron referencias. Escalas desarrolladas para poblaciones menores de 18 años.

Plan y estrategia de búsqueda:

El diseño de la revisión se realizó mediante el panel de consenso basado en los estándares para la selección de escalas de salud (COSMIN). La estrategia de búsqueda fue la recomendada por Terwee et al., donde se determinaron los filtros de "constructo", "escala" y "población".

Métodos para seleccionar los estudios y evaluación de la calidad de los estudios seleccionados:

Siguiendo el diagrama de PRISMA, se descartaron las referencias duplicadas (n=1097), los títulos o resúmenes que no cumplieran con la búsqueda (n=1645), o bien se desestimaron por los criterios de exclusión (n=155). La metodología del análisis incluyó el uso del Checklist de Cosmin y los Criterios de Calidad de Terwee.

Métodos para extraer y sintetizar los datos de la revisión

La información de los artículos se clasificó en tablas de evidencia. Estas tablas se crearon siguiendo un formato estandarizado para estructurar la información y facilitar el análisis. Dos revisores de forma independiente analizaron los títulos y resúmenes de todos los registros recuperados con respecto a los criterios de inclusión.

3. Resultados:

De los 34 estudios seleccionados, un total de 22 escalas fueron identificadas midiendo calidad y satisfacción con la atención recibida de acuerdo con la perspectiva de los pacientes y/o profesionales. La mayoría de las escalas tenían una base teórica fundamentada. Los resultados evocan una variabilidad en términos del uso en estudios empíricos y acorde con la evaluación de la validación y fiabilidad, cinco escalas demostraron unos criterios de calidad buenos a excelentes.

4. Discusión

La revisión psicométrica presente encontró que cinco escalas cumplían criterios psicométricos válidos. En la actual situación económica, futuras revisiones serían convenientes teniendo en cuenta los costes-eficacia, aceptabilidad y el impacto educacional de

los instrumentos analizados.

Fortalezas y limitaciones

La validación y la fiabilidad de los estudios analizados se revisaron críticamente según los criterios de COSMIN (Mokkink et al., 2010) y Terwee et al., (2007) basados en la calidad de la metodología de estudio y los resultados psicométricos, respectivamente. Es probable que varios instrumentos hayan recibido solo puntuaciones COSMIN deficientes o justas debido a la falta de información (Terwee et al., 2012). Los instrumentos con una puntuación negativa no necesariamente deben excluirse del uso práctico, sino que deben tenerse en cuenta los resultados de esta revisión y debe utilizarse el instrumento que se considere más adecuado para el entorno del estudio.

Para analizar la calidad de las diferentes especializaciones psiquiátricas desde la perspectiva de pacientes y profesionales, se debe utilizar la batería de instrumentos QPC

Implicaciones para la práctica clínica

Diversas implicaciones se determinan en este estudio. Por una parte, la literatura demuestra que cada vez hay más interés en evaluar las opiniones de los usuarios y profesionales en la valoración de la calidad. Esto implica la necesidad de escoger instrumentos que tengan un alto rigor metodológico. Gracias a esta revisión sistemática se puede fácilmente detectar qué instrumentos confirman la adecuada validación en términos del estudio como de sus las propiedades psicométricas. Otra de las implicaciones a nivel clínico es que esta revisión facilita la decisión de escoger un instrumento o bien otro según en que unidad especializada de salud mental trabajemos. Esta revisión abre una abanico de posibilidades determinando los instrumentos que van bien en determinadas unidades asistenciales. Otra de las implicaciones que se proponen es la necesidad de ir evaluando los niveles de calidad de la atención de forma rutinaria en las unidades y crear nuevos instrumentos con un proceso de validación exhaustivo en contextos de salud mental asistencial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>

Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Knol, D. L., Stratford, P. W., Alonso, J., Patrick, D. L., ... de Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. *BMC medical research methodology*, 10, 22. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-2>

Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., ... de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34-42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>

Terwee, C. B., Jansma, E. P., Riphagen, I. I., & De Vet, H. C. W. (2009). Development of a methodological PubMed search filter for finding studies on measurement properties of measurement instruments. *Quality of Life Research*, 18(8), 1115-1123. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9528-5>

Terwee, C. B., Mokkink, L. B., Knol, D. L., Ostelo, R. W. J. G., Bouter, L. M., & De Vet, H. C. W. (2012). Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: A scoring system for the COSMIN checklist. *Quality of Life Research*. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9960-1>

AUTORES/AUTHORS:

Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim, Geraldo Bezerra da Silva Júnior, Maria Regina Teixeira Ferreira Capelo, John Miguel Costa Varela, Christina César Praça Brasil, Ana Maria Fontenelle Catrib, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

TÍTULO/TITLE:

RIESGO SUICIDIO DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: VULNERABILIDADES Y DESAFÍO

Introducción:

Este estudio tiene como objetivo analizar el riesgo suicida y el nivel de depresión de los estudiantes de la Universidad de Madeira (UMa), Portugal y la Universidad de Fortaleza (UNIFOR), Brasil.

Los jóvenes se encuentran entre los más afectados por ser gradualmente vulnerables a comportamientos desviados (OMS, 2018, 2014). Estudiar el riesgo de suicidio requiere una búsqueda incansable de tus motivos, solo requiere una profunda reflexión sobre qué sentimientos fallas, secretos o dilemas destruyen a una persona en la desesperación.

Metodología:

Este es un estudio descriptivo, transversal e inferencial, con una muestra representativa (n = 1362) de estudiantes universitarios, 599 de la Universidad de Madeira (UMa), Portugal y 763 de la Universidad de Fortaleza (UNIFOR), Brasil.

Los datos se recopilieron en un contexto universitario durante el año 2018, en el aula y en el campus universitario.

Las normas éticas y deontológicas han sido respetados, en particular, confidencialidad garantizada y anonimato de los resultados con consentimiento informado

Los criterios de inclusión incluyen a los jóvenes que asisten a cursos de grado y sin quejas psiquiátricas. Los criterios de exclusión fueron jóvenes que asistieron a otros cursos, que recibieron tratamiento psiquiátrico y aquellos que no respondieron adecuadamente los cuestionarios.

Los instrumentos de recopilación de datos son la encuesta de caracterización (en particular: sexo; edad; salud; nivel de grado; fracaso escolar; consumo de alcohol y drogas; socialización con colegas y deportes) y dos escalas de respuesta múltiple:

- La escala de depresión de Zung (ZDA), traducido y validado para la población portuguesa por Jardim (2002), compuesto por 20 artículos. Los puntajes van desde un mínimo de 20 hasta un máximo de 80 puntos. Esta escala, dependiendo del puntaje obtenido por el sujeto, proporciona tres niveles de depresión. En el nivel 20-49 indica depresión afectiva normal; de 50-69 refleja depresión de bajo grado o distimia y igual o mayor que 70 puntos sugere Depresión mayor.

- La Escala de riesgo suicida de Stork (1977), es un instrumento de medición que además de la posibilidad de diagnosticar el riesgo suicida dentro de una gama de comportamientos, permite, también, un perfil de personalidad depresiva suicida y, por lo tanto, utilizado en la determinación de la depresión, permitiendo la depresión en sus dos hilos, sentimiento y acción.

Este estudio mantuvo las dimensiones iniciales, a saber, pérdida de sujeto (6 artículos), angustia (17 artículos), culpa (8 artículos), Ideal de sí mismo (15 artículos), situación familiar (11 artículos), relación con su madre (9 artículos), relación con el padre (4 artículos), agresión (4 artículos), adicción (1 artículo), psicósomática (1 artículo). La escala se encuentra validada para la población portuguesa por Eufrásio y colaboradores (1986). La escala se redujo de 175 ítems a 76, lo que ahorra, sin embargo, su validez.

Esta escala supone la existencia de una relación entre el acto suicida y una personalidad de tipo depresivo o perfil de personalidad depresiva. En este sentido, cuanto mayor es el puntaje del sujeto en la escala, mayor es la probabilidad de que el sujeto tenga una personalidad depresiva (o depresión) y, en consecuencia, mayor es el riesgo de suicidio.

Esta escala, dependiendo del puntaje obtenido por el sujeto, proporciona cinco niveles de riesgo. Desde el nivel 0-63 refleja estado normal; el nivel 64-79 informa Estado intermedio o dudoso; el nivel 80-97 indica Riesgo débil; el nivel 98-107 señala Riesgo suicida Importante e el nivel por encima de 107 traduce El riesgo de suicidio extremadamente importante.

Los cálculos estadísticos fueron hechos por el Programa IBM SPSS 22.

Resultados:

Los datos obtenidos sugieren niveles de depresión perturbadora y riesgo de suicidio latente entre estudiantes de Madeira, Portugal (17.9% y 27.2%) y estudiantes de Fortaleza, Brasil (24.4% y 38.5%).

Existe una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el riesgo de suicidio entre los estudiantes de Madeira que no practican deportes, viven aislados de sus compañeros y no se consideran extrovertidos.

Por otro lado, verificamos la asociación entre el riesgo de suicidio y el hecho de que su padre están vivo o no en los estudiantes de Fortaleza.

Discussão/Conclusões:

Los datos de esta investigación corroboran ampliamente los de distintas investigaciones similares.

El estudio de Róias (2015) revela que los estudiantes de educación superior tienen la presencia de conductas autolesivas (14.8%) y una ideación suicida del 18.9%.

A su vez, Becker, Dvorsky, Holdaway, y Aaron, (2018) encontraron que el 24% de los estudiantes con riesgo de suicidio estudiados. Los autores Dantas (2015) y Assari (2018) evidencian que el 9% de los estudiantes de educación superior tienen ideas suicidas en diferentes grados, particularmente en ausencia, bajo, moderado y alto.

En cuanto al riesgo de suicidio, hay autores como Araújo, Vieira, y Coutinho (2010) y Varela, (2015) que informa que el 7.8% tienen un riesgo potencial de suicidio. (Gonçalves, Freitas, y Sequeira, 2014), 13.84% tienen una presencia / gravedad de pensamientos suicidas bajos.

En otra investigación en un estudio cualitativo, Nascimento, Arruda, Falcon, Vasconcelos, y Ximenes, (2016) assinalam que el comportamiento suicida se produjo a partir de una angustia psicológica intensa por el hecho de que vivieran una desilusión amorosa. La familia actúa como un motivo para el comportamiento suicida, así como un factor de protección y apoyo para hacer frente a los malentendidos familiares.

Del mismo modo, Baader, Rojas, Molina, Gotelli, Alamo, Fierro y colaboradores (2014) encontraron el 5.3% y el 9.1% de los estudiantes que tienen un riesgo moderado de suicidio.

En una encuesta realizada por Silva, y Azevedo (2018) se observó que el 49% tiene un bajo riesgo y el 2.8% de la población tiene un alto riesgo de suicidio.

El suicidio es uno de los problemas de salud mental prioritarios que requiere intervención y prevención a la escala mundial (Granda, 2018).

La intención de este estudio es alentar a la comunidad científica a emprender nuevos estudios sobre la salud mental de los jóvenes, y implicaciones para la práctica clínica apoyando el desarrollo de programas estratégicos con intervenciones específicas para promover la salud mental de los jóvenes universitarios, así como para estimular Políticas sociales y educativas. El presente estudio no tiene conflicto de intereses.

Palabras llave: depresión; riesgo de suicidio; ideación suicida; Estudiantes universitarios

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Araújo, L., Vieira, K., & Coutinho, M. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*, 15(1), pp. 47-57.

- Assari, S. (2018). Multiplicative Effects of Social and Psychological Risk Factors on College Students' Suicidal Behaviors. *Brain Sciences*, 8(91), pp. 4-13.
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., et al. (2014). Diagnostic of the prevalence of mental health disorders in college students and associated emotional risk factors. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, 52(3), pp. 167-76.
- Becker, S., Dvorsky, M., Holdaway, A., & Aaron, M. (2018). Problemas de sono e comportamentos cuisidas em estudantes universitários. *Revista de Pesquisa Psiquiátrica*, 99, pp. 122-28.
- Dantas, N. (2015). *Ideação Suicida e Empatia: Um Estudo Correlacional em Estudantes de Medicina de uma Universidade Pública*. Dissertação de Mestrado. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.
- Gonçalves, A., Freitas, P., & Sequeira, C. (2014). *Avaliação do Risco de Suicídio em Estudantes do Ensino Superior Politécnico: Prevalência e Fatores Associados*. Tese de Doutorado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
- Granda, A. (2018). A cada 45 minutos, uma pessoa comete suicídio no Brasil. Consultado el 20 de octubre de 2018, de <http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-09/cada-40segundos-ha-um-suicidio-no-mundo>
- Jardim, Maria H. A. G. (2002). *Juventude! Que futuro neste mundo imprevisível e de incertezas? Ansiosa!?! Depressiva?!... Como prevenir?*. Universidade da Madeira, DigitUMa, RCAAP, Funchal.
- Nascimento, V., Arruda, S., Falcão, F., Vasconcelos, F., & Ximenes, R. (2016). Risco de Suicídio em Universitários com sintomas depressivos. *Educação e Tecnologia na Era do Conhecimento*, pp. 1-9.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud de la Mujer*. Geneva: WHO.
- Róias, C. (2015). *Autodano e ideação suicida na população estudantil da Universidade dos Açores*. Dissertação de Ponta Delgada, Portugal: Universidade dos Açores.
- Silva, M., & Azevedo, A. (2018). Um olhar sobre o Suicídio: vivências e experiências de estudantes universitários. *Rev Psi Divers Saúde*, 7(3), pp. 1-18.
- Stork, J. (1977). Échelle dévaluation de risque suicidaire. *Psychiatie de l'Enfant*, XX(2), 493-517.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO.

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Amigó Tadín, Alex Fernández de Aramburu, Santiago Nogué Xarau

TÍTULO/TITLE:**IMPACTO SOBRE LA GLUCEMIA TRAS ADMINISTRAR CARBÓN ACTIVADO LÍQUIDO A PACIENTES CON INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA AGUDA**

Introducción: El carbón activado (CA) administrado por vía oral, constituye el método de descontaminación preferente y más aplicado en el tratamiento de la intoxicación medicamentosa aguda (IMA), contribuyendo a frenar la absorción del tóxico y a reducir sus efectos sobre los diferentes órganos y sistemas. Es un medicamento sin apenas contraindicaciones, siendo las náuseas y vómitos los efectos secundarios observados con mayor frecuencia.

En España el CA se encuentra disponible en forma de polvo y en una suspensión líquida. Esta última presenta ventajas respecto a la más tradicional en polvo, al evitar tener que recurrir a un líquido para su preparación y administración. Además, esta forma líquida permite que el carbón esté suspendido en solo 125 mL frente a los 200 mL que hacían falta en la presentación en polvo; por tanto, a menos volumen más comodidad para el paciente, menos tiempo para prepararlo y administrarlo, y quizás una mejor palatabilidad y tolerancia digestiva. Pero esta presentación líquida comporta que como excipiente se le hayan añadido 600 mg/mL de sacarosa, lo que supone también la ingesta de 75 g de este disacárido por cada 25 g de carbón, el cual es absorbible por el tubo digestivo, lo que comporta un riesgo de hiperglucemia para el paciente.

Objetivos: Evaluar la glucemia antes y después de administrar CA líquido a pacientes con una IMA y analizar el impacto que puede tener sobre la glucemia del paciente. Describir las características de estas intoxicaciones y la aparición de efectos adversos.

Métodos: De forma aleatoria y prospectiva, se incluyeron pacientes con una IMA atendidos durante un período de 10 meses en el área de urgencias y a los que se les prescribió CA líquido como parte de su tratamiento. Se les tenía que haber realizado una glucemia antes de administrar el CA, ya fuese por el Sistema de Emergencias Médicas, en el triaje o en la planta de atención, y otra a la hora posterior de su toma. Se excluyeron pacientes diabéticos o que se hubieran intoxicado con antidiabéticos orales. La dosis de CA administrada fue siempre de 25 g en una suspensión de 125 mL.

Para comparar los cambios de glucemia, también se valoró a pacientes no intoxicados y que no recibiesen antidiabéticos y que hubiesen desayunado en el área de urgencias, midiendo la glucemia pre y post desayuno. El desayuno consistió en un vaso de leche con 5-6 galletas o un vaso de leche con dos tostadas y una fruta.

También se evaluaron variables epidemiológicas del intoxicado (edad, sexo), clínicas (nivel de conciencia medido con la escala de Glasgow, constantes), toxicológicas (medicamento ingerido, dosis) y evolutivas (efectos adversos, alta).

Las variables fueron almacenadas en la base de datos SPSS para su análisis estadístico. Los resultados de las cualitativas se expresan en número absoluto y porcentaje. Los de las cuantitativas como media y desviación estándar. Se comparó la media de las glucemias basales con las posteriores mediante la prueba de la t de Student para muestras apareadas. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se han incluido 48 IMA, el 75% de las cuales eran mujeres. Su edad media fue de $37,77 \pm 15,7$ años. La intoxicación fue voluntaria en el 97,9% de los casos y producida por fármacos diversos, destacando la presencia de benzodiazepinas (47,9%), neurolépticos (33,3%), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (18,4%) y paracetamol (14,6%). La mayoría habían ingerido un solo grupo de fármacos y con una ingesta media de 19 pastillas, acompañadas en un 20,8% de los casos de bebidas alcohólicas. El intervalo de tiempo ingesta-CA fue en general inferior a las 2 horas. Al 91,7 % se les administró el CA por vía oral al tener un Glasgow > 13 .

La prueba complementaria más solicitada fue una analítica (97%) o un electrocardiograma (ECG) (63,6%). A un tercio de los pacientes se les administró hidratación endovenosa y antidotos, siendo el más utilizado el flumazenilo (16,7%). Tres pacientes

(6,7%) precisaron protección de la vía aérea para descontaminar su tubo digestivo.

El 10,9 % de los intoxicados vomitaron como reacción adversa a la administración del CA y uno se broncoaspiró. El 75 % de pacientes fueron dados de alta a su domicilio, un 8,4% ingresaron por la repercusión orgánica de su intoxicación y el 16,7 % ingresaron en psiquiatría por la ideación suicida.

En cuanto al impacto sobre la glucemia tras la administración de CA líquido, se observó que en el 81,25% de los casos hubo un aumento de la glucemia (del 24%). La media de las glucemias basales fue de $98,5 \pm 20,3$ mg/dL y a la hora posterior de administrar el CA fue de $122,1 \pm 31$ mg/dL, ($p < 0,001$). También se cuantificó la glucemia en 23 pacientes no intoxicados que desayunaron en Urgencias, observando un aumento de la glucemia en el 82,6 % de los casos (del 29,9%); en este grupo la glucemia basal fue de $117,1 \pm 42$ mg/dL y a la hora posterior de desayunar fue de 152 ± 31 mg/dL ($p < 0,001$).

Discusión e Implicación practica: En cuanto a las características de estas IMA hay poca variabilidad de sexo, intencionalidad, fármacos ingeridos y gravedad en relación con otros estudios realizados en nuestro medio , excepto un aumento de intoxicaciones por paracetamol y por tanto el mayor uso de su antídoto, siguiendo la corriente anglosajona . Cabe destacar el aumento en la petición de pruebas complementarias, ya que en casi todos ellos se realiza una analítica básica y en más de dos tercios analítica toxicología y un ECG. También es remarcable la frecuencia de administración de flumazenilo en 8 de las 23 intoxicaciones por benzodiazepinas, un antídoto de uso controvertido dada la escasa capacidad lesional de los mencionados fármacos .

A subrayar también que mayoritariamente se haya respetado el intervalo máximo de dos horas entra la IMA y la administración del CA, ya que, aunque existan excepciones, como la ingesta de fármacos con acción anticolinérgica, los medicamentos ingeridos con frecuencia en nuestro medio (benzodiazepinas, antiinflamatorios, paracetamol y otros) se absorben en menos de dos horas . Respetar ese intervalo de eficacia del CA en la IMA es un indicador de calidad asistencial, como también administrarlo por vía oral si el paciente no presenta disminución de conciencia .

En cuanto a la formulación líquida del CA, se ha constatado que no ha mejorado su tolerancia digestiva, ya que no han disminuido los episodios de vómitos tras su administración en comparación con estudios previos realizados en nuestro propio hospital . También se ha constado un episodio de broncoaspiración (salida del CA por el tubo orotraqueal), en un paciente que presentó un progresivo deterioro de su estado de conciencia, atribuible en parte a la elevada dosis tóxica ingerida de varios psicofármacos (5750 mg) y para la que se administraron únicamente 25 g de CA .

La presentación líquida de CA se ha mostrado más cómoda, fácil y rápida de preparar, ya que solo requiere una intensa agitación previa a su administración, siendo particularmente útil para servicios prehospitalarios de atención urgente, aumentando así su pronta administración, básica para su eficacia . En cuanto a la mejora de su palatabilidad y evitar así rechazos de la toma, a pesar de que tiene un sabor dulzón y no ser tan desagradable como la preparación en polvo, el paciente tenía la sensación de tomar arenilla , su consistencia es espesa y empalagosa por los excipientes que precisa para mantener su estabilidad, sin disminuir eficacia y por ello sugerimos añadir a la solución, si es posible, unos 20 mL de agua, para reducir su concentración, especialmente si se administra por sonda nasogástrica.

La sacarosa es uno de los excipientes que se ha utilizado en esta forma líquida, sin menguar la capacidad adsorptiva del carbón . La sacarosa es mal adsorbida por el CA y por tanto pasa al torrente sanguíneo, como se ha constado en esta serie; pero paradójicamente, la mayoría de los intoxicados llegan a urgencias en ayunas de varias horas, con glucemias bajas (el 62,5 % con glucemia < 100 mg/dL) y algunos de ellos con coingesta alcohólica, por lo que la administración de una solución azucarada no representa un problema, como lo demuestra el hecho de que ninguno de los pacientes requiriera tratamiento con insulina tras recibir el CA. De hecho, la cantidad de azúcar dada con el carbón es equivalente a la del desayuno hospitalario. Pero en los pacientes diabéticos sí que es un hecho que debiera ser tenido en cuenta, por lo que se debería controlar la glucemia tras la administración del CA, como consta en su ficha técnica4.

En conclusión, el perfil del intoxicado y de los fármacos implicados en la IMA se mantiene estable. La administración de una formulación líquida de CA induce un aumento significativo de la glucemia, pero sin llegar a precisar tratamiento. El efecto adverso

más frecuente del CA son las náuseas y vómitos que, excepcionalmente, se acompañan de una broncoaspiración. La evolución general de la IMA es favorable.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Martin E, Mégarbane B. Update of position papers on gastrointestinal decontamination for acute overdose. *Clin Toxicol* 2013; 51: 127.
- Chyka P, Seger D, Krenzelok E, Vale J. Position paper: Single-dose activated charcoal. *Clin Toxicol (Phila)*. 2005; 43:61-87.
- Klein-Schwartz W, Doyon S, Dowling T. Drug adsorption efficacy and palatability of a novel charcoal cookie formulation. *Pharmacotherapy*. 2010; 30:888-94.
- CARBOLIQ Susp. oral 200 mg/ml. Ficha técnica. Disponible en: https://www.vademecum.es/medicamento-carboliq_ficha_38995# . Consultado 25 de junio 2019.
- Puiguriguer-Ferrando J, Yates-Bailo C, Gervilla-García E, Ortega-Pérez J, Alfaro García-Belenguer E, Jiménez-López R. Evolución temporal de las intoxicaciones medicamentosas. *Emergencias*. 2019; 31:107-10.
- Lee WM. Acetaminophen (APAP) hepatotoxicity -- Ins't it time for APAP to go away? *J Hepatol* 2017; 67: 1324-31.
- Penninga EI, Graudal N, Ladekarl MB, Jürgens G. Adverse events associated with flumazenil treatment for the management of suspected benzodiazepine intoxication--A systematic review with meta-analyses of randomised trials. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2016; 118:37-44.
- Amigó M, Nogué S, Sanjurjo E, Faro J, Ferro I, Miró O. Eficacia y seguridad de la descontaminación digestiva en la intoxicación medicamentosa aguda. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 487-92.
- Nogué S, Puiguriguer J, Amigó M. Indicadores de calidad para la asistencia urgente de pacientes con intoxicaciones agudas (CALITOX-2006). *Rev Calidad Asistencial*. 2008; 23: 173-191.
- Amigó M, Nogué S, Miró O. Carbón activado en 575 casos de intoxicaciones agudas. Seguridad y factores asociados a las reacciones adversas. *Med Clí (Barc)*. 2010; 135:243-9.
- Oikkola KT. Effect of charcoal-drug ratio on antidotal efficacy of oral activated charcoal in man. *Br J Clin Pharmacol* 1985; 19: 767-73.
- Villarreal J, Kahn CA, Dunford JV, Patel E, Clark RF. A retrospective review of the prehospital use of activated charcoal. *Am J Emerg Med*. 2015; 33:56-9.
- Scharman EJ, Krenzelok EP. Nursing attitudes towards charcoal administration; impact on patient care. *Vet Hum Toxicol*. 1994; 36: 472-4.
- Ronowicz J, Kupcewicz B, Palkowski L, Krysinski J. Development and optimization of the activated charcoal suspension composition based on a mixture design approach. *Acta Pharm*. 2015; 65:83-90.
- Cooney DO, Roach M. Sucrose as a sweetener for activated charcoal. *Am J Hosp Pharm*. 1979; 36:797-8.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves V

Session of Oral brief Presentations V

AUTORES/AUTHORS:

Gerard Mora-López, Anna M^a Fite Serra, Nuria Romero Aguilar, Bibiana García Sanfeliu, Sonia Martín Martín, Yolanda Banacloy Banacloy, Xènia Partegas Torres, Silvia Roura Rovira, Ana Ríos Jiménez

TÍTULO/TITLE:

Implantación del Proyecto ARES Atención Primaria en Cataluña: Proceso de Armonización de los Estándares de Cuidados.

Objetivos:

Evaluar la satisfacción de los profesionales de enfermería sobre el uso del módulo "Proceso de Atención" utilizado en Atención Primaria mediante la Estación Clínica de trabajo en Atención Primaria de Cataluña (ECAP), incluida en la implementación del Programa ARES AP.

Conocer la opinión sobre el uso de la taxonomía NANDA.

Conocer la opinión sobre el uso de la terminología ATIC®.

Métodos:

En el año 2016 el Institut Català de la Salut (ICS) inicia el programa Armonización de Estándares en Atención Primaria (ARES AP) que supone una nueva mirada enfermera: enfermería basada en la evidencia clínica y la creación de un nuevo módulo de registro informático que refleja el trabajo diario de la enfermera basado en el rediseño de los estándares de cuidados, y armonizados, en toda la Atención Primaria de Cataluña así como la introducción de la terminología ATIC®. En el proyecto también se han incorporado los diferentes proveedores de servicios sanitarios de atención primaria de Cataluña que trabajan con el programa informático ECAP. Para llevar a cabo la implementación del proyecto se ha elaborado un planteamiento estratégico que ha contado con los siguientes recursos:

1. Grupo de 22 enfermeras expertas en el programa ARES AP, llamadas Enfermeras Clínicas Territoriales (ECT), que representan a toda Cataluña y a todos los proveedores participantes, junto con la Dirección de cuidados del Institut Català de la Salut (ICS), han trabajado para elaborar y armonizar los planes de cuidados estandarizados, base del proceso de atención enfermero.
2. Enfermeras referentes de ARES AP en todos los Equipos de Atención Primaria (EAP) y otras unidades de AP como son equipos de: centros penitenciarios, atención domiciliaria, equipos de soporte (PADES), unidades de cronicidad, Atención Sexual y Reproductiva y Atención Continuada Urgente Territorial.
3. Formación de las ECT a las enfermeras referentes ARES de los equipos y también a todas las enfermeras asistenciales de los equipos pilotos.
4. Cambios en el programa informático ECAP, para poder representar el proceso de atención y la prestación de cuidados con la terminología ATIC de una manera fácil e integrada en los Sistemas de Información.

Con el objetivo de conocer la satisfacción en el uso de los planes de cuidados por parte de los profesionales se elaboró un formulario ad hoc con datos sociodemográficos y una relación de diferentes ítems de opinión relativos a los PCE en la práctica habitual, utilizados hasta el momento y ligados a la taxonomía NANDA, así como también se evaluó el aplicativo de registro informático y su utilidad, y por último, la necesidad de registrar la valoración clínica del paciente. Todo ello mediante una escala de likert. En un periodo de dos meses posteriores a la implementación en el equipo, se administró un segundo cuestionario donde se recogen las opiniones respecto a la nueva terminología, y PCE así como el módulo de trabajo ligado al Programa ARES AP.

Resultados:

Aunque el Proyecto se encuentra en fase de implantación, el módulo "Proceso de Atención" se utiliza en 42 equipos de Cataluña, en los que trabajan 479 enfermeras. La encuesta pre-implementación la contestaron 460 enfermeras con una media de edad de 45 años y mayoritariamente mujeres (82%). Un 65% tenían formación de postgrado y máster en atención primaria. En la escala 10 puntos otorgan una media de 4,63 a el valor que aportan los planes de cuidados en la práctica clínica, y destacan con 7,44 la seguridad que da el trabajar con planes de cuidados. Por contra, suspende el módulo usado anteriormente en cuanto a utilidad (2,91), agilidad (4,24) y el uso de la taxonomía NANDA (4,26). La mayoría de las enfermeras abogaban, en general, por un cambio de lenguaje así como del módulo de registro anterior.

En la encuesta post, una vez implantado el Programa ARES AP se ha mejorado la opinión de los profesionales respecto al módulo en cuanto a utilidad (7,44), agilidad (6,56) y uso de la terminología ATIC® (7,07), siendo la satisfacción global con el Programa ARES AP de un 7,65.

En la actualidad existe un total de 97 planes de cuidados disponibles en ECAP. Hasta la última semana de julio se han abierto un total de 36.848 planes de cuidados, de los cuales 34.124 están en seguimiento. Los motivos de consulta de los planes de cuidados más utilizados son: seguimiento de la HTA (4.848), seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 (3.756), seguimiento de personas con TAO (2.632), heridas (2.844) entre otros.

Discusión:

El Programa ARES AP permite actualizar el conocimiento enfermero sobre el manejo de los diferentes problemas y/o situaciones de salud dentro de su ámbito de responsabilidad, trabajando con Planes de Cuidados Estandarizados basados en la evidencia clínica pero que por otro lado son susceptibles a individualizar en función de las necesidades, valores y preferencias de la persona atendida, así como mejorar la equidad asistencial, la seguridad en la praxis y la prestación de unos cuidados de calidad en toda Cataluña. La terminología ATIC® ha demostrado ser un vocabulario próximo a las enfermeras y de fácil uso para su aplicación en los planes de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Juvé Udina, ME. La terminología ATIC. Eje diagnóstico. 1a Ed. Barcelona: Naaxpot SLU; 2016.

AUTORES/AUTHORS:

David Guadarrama Ortega, Magdalena Martínez Piedrola

TÍTULO/TITLE:

Evaluación del entorno previa a la implantación de Guías de Buenas Prácticas en un hospital de la Comunidad de Madrid.

Objetivo: Conocer la situación del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) previa a la implantación de las guías de la Asociación de Enfermeras de Ontario dentro del proyecto de Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados para identificar barreras y facilitadores. Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal. La población de estudio fueron los candidatos a impulsores que realizaron la formación de impulsores en la implantación de guías de buenas prácticas en el HUFA. Se envió a los 67 profesionales que realizaron la formación un cuestionario on-line con el Environmental readiness assessment worksheet propuesto por RNAO y adaptado por Investen para la adaptación del conocimiento al contexto local. Este cuestionario evalúa 6 componentes del entorno laboral: Liderazgo, Práctica colaborativa, Profesionalidad, Aceptación de la diversidad cultural en los cuidados de salud: desarrollo de la competencia cultural; Salud, Seguridad y Bienestar en el lugar de trabajo; Desarrollo y fortalecimiento de políticas efectivas de dotación de personal y carga de trabajo. Cada componente, evalúa 5 parámetros: Cultura, Estructura, Procesos, Conocimiento y Recursos. Resultados: Se obtuvieron un total de 35 cuestionarios de un total de 67 impulsores formados. Edad media 44 años, DE:6,7. El 91,4% (32) fueron mujeres. El 51,4% (18) fueron enfermeras, el 8,6% (3) matronas y el 40% (14) fueron TCAE. El 97,1% (34) tenían perfil asistencial y una experiencia profesional de 19,83 años D.E: 5,45. La puntuación media de los Componentes del entorno laboral en un rango posible entre 5 y 15 fueron: Liderazgo:11,4; Práctica colaborativa: 10,54; Profesionalidad: 10,86; Diversidad cultural: 11,23; Seguridad y bienestar: 10, 69 y Dotación de personal: 8,60. El parámetro que más influye en el entorno laboral en un rango entre 6 y 18 fue Cultura: 10,54. La unidad con mayor puntuación en los componentes evaluados es Neonatología con un promedio de 12,8 puntos frente a obstetricia, con un promedio de 8,3 puntos. Discusión: La evaluación del entorno donde se va a implantar una guía de buenas prácticas permite conocer de antemano qué componentes del entorno laboral pueden comportarse como barreras y cuáles como facilitadores. Esta evaluación es una de las fases que propone Straus en su marco de conocimiento para la acción. En nuestro caso, los componentes que actúan como facilitadores fueron los que más puntuación obtuvieron en el cuestionario, en concreto, la Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria y Liderazgo. Los componentes que se perciben como barreras y por tanto obtuvieron menos puntuación fueron: Desarrollo y fortalecimiento de políticas efectivas de dotaciones de personal y carga de trabajo, y Práctica colaborativa. Se observa variabilidad en cómo se perciben los distintos componentes en función de las unidades de enfermería a las que pertenecen los encuestados. La evaluación del entorno por parte de los profesionales implicados ha permitido ajustar las necesidades de cada unidad a la hora de implantar las guías, reorganizando recursos y estableciendo planes ajustados a cada una de ellas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). Toronto, ON.

AUTORES/AUTHORS:

Mònica Castellà Creus, Sergio Alonso Fernández, Eva Janeiro Ochoa, Carmen Blasco García, M^a Ángeles Pizarro Pilar, Patricia Barroso Castaño, Montserrat Pérez Hinarejos, Isabel Andrés Martínez

TÍTULO/TITLE:

Adaptación de las recomendaciones sobre lesiones por presión y dolor de la Registered Nurses' Association of Ontario

OBJETIVO: - Seleccionar y adaptar las recomendaciones de la guía del dolor y las relacionadas con las lesiones por presión de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) a nuestro contexto local.

MÉTODO: Previo a la selección de las recomendaciones se constituyeron dos grupos de trabajo conformados por un líder en la implantación de las Guías de Buenas Prácticas, 2 colíderes de implantación, un responsable y corresponsable y un grupo de impulsores para revisar las guías "Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión", "Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales" y "Valoración y manejo del dolor".

El proceso de selección de las recomendaciones se hizo a través de la técnica de grupo nominal. Este proceso se desarrolló a través de 2 sesiones de trabajo. En la primera sesión, cada participante disponía de las guías en las que se encuentran todas las recomendaciones y un documento con los protocolos asistenciales del centro. Los participantes revisaron en silencio las recomendaciones de cada guía. Después, cada participante expuso su selección de recomendaciones. En esta fase, el resto de los integrantes no podían hacer comentarios a la idea. Al finalizar la primera sesión, el moderador depuró las ideas duplicadas y construyó un listado único de recomendaciones. En el desarrollo de la segunda sesión, se entregó el listado elaborado a los participantes que puntuaron según la factibilidad y necesidad de implementación. Después, cada participante expuso los motivos de selección de cada una de las recomendaciones seleccionadas y se pidió a todos los participantes que otorgaran la puntuación propuesta y el moderador transcribió todas las valoraciones y las presentó de nuevo al grupo, que volvió a puntuar de modo individual en una segunda ronda. Al final de la segunda sesión se obtuvo la lista definitiva de recomendaciones.

RESULTADOS

En el proceso de revisión de las guías y selección de las recomendaciones participaron 35 profesionales.

La guía de "Valoración y manejo del dolor" contiene 20 recomendaciones. En la primera sesión se seleccionaron 12 recomendaciones y finalmente en la segunda sesión se acordaron 6 recomendaciones.

De las 31 recomendaciones que contiene la guía de Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión se seleccionaron 18 recomendaciones en la primera ronda y en la ronda final fueron seleccionadas 10, descartando 8 por su poca factibilidad de implementación en nuestro hospital.

La guía de "Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales" contiene 25 recomendaciones, de las cuales se propuso incorporar 17 en la primera sesión y en la segunda sesión se decidieron 13.

Además, estas recomendaciones fueron adaptadas a nuestro contexto local como acciones a seguir por los impulsores/as.

DISCUSIÓN

La herramienta de implementación es de gran utilidad para seleccionar las recomendaciones, así como para identificar aquellas con mayor nivel de evidencia.

Una parte de las recomendaciones propuestas estaban en nuestros protocolos asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Harvey N, Holmes CA. Nominal group technique: an effective method for obtaining group consensus. *Int J Nurs Pract.* 2012; 18(2): 188-94.

AUTORES/AUTHORS:

Maribel Lopez Garcia, Patricia Del Rio Martinez, Yolanda Miranda Narbaiza, M^a Angeles Gallego Larrañaga, Amagoia Arregi Aramendi, Nagore Arza Alonso, Arantzazu Arrospide Elgarresta

TÍTULO/TITLE:

Implantación integral de una guía de práctica clínica en una organización sanitaria integrada.

Objetivo: Cuantificar los cambios realizados en los cuidados de enfermería tras la implantación de una guía clínica para la promoción de la lactancia materna.

Método: Estudio descriptivo cuantitativo longitudinal del periodo entre los años 2014 a 2017, evaluando la implantación de las recomendaciones basadas en la evidencia científica de la guía RNAO de lactancia materna en una organización sanitaria integrada. La selección de la muestra para la obtención de datos en todos los centros de la organización sanitaria (hospital y 5 unidades de atención primaria) se realiza mediante un calendario preestablecido de 5 días laborables al mes, de todas las altas hospitalarias de pacientes de la maternidad o de la asistencia a las consultas programadas de enfermería de atención primaria. Para el análisis estadístico, todos los datos fueron analizados en formato de frecuencias relativa.

Resultados: La guía se ha aplicado integralmente en una institución sanitaria pública que abarca una población de más de 70.000 pacientes. Para la implantación de éstas recomendaciones se han creado 20 nuevos documentos (protocolos, cartelería, hojas informativas...), se han adecuado los registros de enfermería creándose nuevos registros para hacer posible la evaluación del proyecto. Durante el periodo de implantación de la guía se han formado a más de 170 profesionales sanitarios en lactancia materna y se han elaborado 9 trabajos para su difusión en diferentes jornadas y congresos a nivel autonómico, nacional e internacional. En cuanto a los resultados según los registros, referentes a la atención hospitalaria observamos como la aplicación de cuidados beneficiosos, como el contacto piel con piel (CPP) ha aumentado durante la implantación de la guía (0 a 81% de aplicación del CPP), así como su precocidad, iniciándose inmediatamente tras el nacimiento, preferentemente durante la primera hora de vida y durante mínimo los primeros 120 minutos de forma ininterrumpida. En el año 2017, tras 3 años de implantación de la guía, se consigue lactancia materna exclusiva (LME) en la primera toma en el 94.5% de los recién nacidos y LME al alta hospitalaria en el 87.3% de los bebés. En cuanto a los datos referentes a atención primaria, observamos como la asistencia a educación prenatal ha aumentado hasta conseguir una participación del 55.6% de las gestantes. La educación postnatal tras el alta se realiza en el 92% de las púerperas. Las tasas de LME han mejorado durante la implantación de la guía RNAO de LM, consiguiendo que un 66.4% de los bebés reciban LME a los 6 meses de vida y LM entre los 12 y 15 meses de vida hasta el 43.8% de los lactantes.

Discusión: Los resultados obtenidos en nuestra organización sanitaria integrada tras la implantación de la guía de LM son favorables. Se comprueba el aumento de las practicas/cuidados recomendables para la iniciación e instauración de la LM con el objetivo de conseguir la recomendación de la OMS, lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida prolongable hasta los dos años o más.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lactancia materna en Cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. Comité de lactancia materna. Asociación española de pediatría. Disponible en <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
2. Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Instituto nacional de estadística. Disponible en

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

3. Paricio Talayero JM. Report on the situation of infant and Young child feeding in Spain. IBFAN-International Baby food action network. Session 77/January 2018.

4. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012. Edición revisada Junio 2015. Informes, estudios e investigación 2015. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Pág 28.

5. 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.

6. Guía RNAO lactancia materna. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/D0015_564_Lactancia_022014.pdf.

7. Guía RNAO Lactancia materna. Fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna en el recién nacidos, lactantes y niños pequeños. Tercera edición. Julio 2018. Disponible en:

http://evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0015_Lactancia_Materna.pdf

8. Herramienta de implantación de buenas prácticas. RNAO. Segunda edición. Septiembre 2012. Disponible en:

https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_en15.pdf

AUTORES/AUTHORS:

Laia Raigal-Aran, Àngel Belzunegui-Eraso, Carme Ferré-Grau

TÍTULO/TITLE:

Factores asociados al desarrollo de la competencia cultural en los profesionales de enfermería Tarragona provincia

Introducción: La competencia cultural representa un concepto en auge y que precisa de una especial atención en su fomentación dada la sociedad multicultural en la que estamos inmersos. Este concepto se puede definir como la habilidad del trato respetuoso y congruente con las personas de otras culturas. Diferentes estudios destacan la necesidad de trabajar esta competencia entre los profesionales de salud, dando lugar a unos cuidados de más holísticos y enfocados en la atención integral del paciente y su contexto. Utilizado el instrumento recientemente validado para evaluar esta competencia, en este trabajo nos proponemos inspeccionar sobre aquellos factores que se correlacionan con el desarrollo de la competencia cultural, para así, desarrollar en un futuro formaciones efectivas y enfocadas a estos determinantes.

Metodología: Se utilizó la escala validada al castellano Cultural Competence Assessment (CCA-S) en una muestra de 437 profesionales de enfermería de la provincia de Tarragona. A partir de un análisis bivariante (IC: 95%), se analizaron los resultados obtenidos de la escala CCA-S. El instrumento evalúa la competencia cultural según el modelo de la Congruencia Cultural de Schim y Doorenbos. El instrumento evalúa la competencia cultural a partir de dos dimensiones cognitivas y dos conductuales en relación a la competencia cultural a partir de 25 ítems con escala tipo Likert. Los factores analizados, se escogieron a raíz de una revisión de los artículos sobre la competencia cultural. Los resultados de esta revisión, determinaron que los factores que se asociaban teóricamente con el desarrollo de la competencia cultural eran la exposición a la diversidad, deseo cultural, conocimiento cultural y autoconcepto de competencia cultural.

Resultados: Estos resultados han confirmado que los factores como el interés en competencia cultural y formación previa fueron los elementos que generaban una mayor competencia cultural total en los profesionales de enfermería de Tarragona ($p > 0,05$). En el caso de la autopercepción, a diferencia de los otros elementos, no se interpretaba una asociación en considerar el elemento un factor que condicionaba positiva o negativamente la competencia cultural. Se reinterpretó una variable nueva entre la puntuación obtenida y la autopercepción en competencia cultural: coherencia cultural. De esta forma, cuando se obtenían valores coherentes entre la autopercepción y los valores obtenidos en la escala, este se consideraba tener "coherencia cultural"; en el caso contrario, "incoherencia cultural". Se obtuvo asociación significativa ($p < 0,000$).

Conclusiones: Emerge un elemento importante, ya citado por Purnell sobre el riesgo de incoherencia en autopercepción en competencia cultural, la cual se podría relacionar con el riesgo de conductas de homogeneización o discriminación positiva. Así pues, se relación que el interés en competencia cultural se relaciona en desarrollar mejores conductas ante los usuarios de otras culturas, pero además, que existe un riesgo entre aquellos que se perciben tener una buena competencia cultural, y después no desarrollan conductas adecuadas. Estos resultados se podrían utilizar para desarrollar programas de intervención-acción en programas formativos para los profesionales de enfermería de este territorio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Reina Leal LM, Romero Ballén MN. La débil apropiación de la competencia cultural en el cuidado al adulto mayor se expresa en las evidencias científicas. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*. 2014;18(38):128-38. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10045/36991>
2. Raigal Aran L, Rifà Ros R, Borrueal Llovera A, Ferré Grau C. Revisión sistemática sobre las investigaciones en competencia cultural en los profesionales de salud en España. *RoI*; 2017;40(11):60-7. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6213537>
3. Raigal-Aran L, Ferré-Grau C, Belzunegui-Eraso A. The Spanish version of the Cultural Competence Assessment (CCA-S): Transcultural validation study and proposed refinement. *Nurse Education Today*. Churchill Livingstone; 6 de noviembre de 2018;72:47-53.
4. Schim SM, Doorenbos AZ. A three-dimensional model of cultural congruence: Framework for intervention. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*. NIH Public Access; 2010 6(3):256-70. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21132602>
5. Purnell LD. El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, CECOVA; 1999;(6):91-102.

AUTORES/AUTHORS:

EDURNE RESA LOPEZ, SONIA PAZOS PEREZ, ARANTZA MATEO SALAZAR, MIKEL GARCIA CORRES, ZURIÑE MADINABEITIA ABAD, LAURA OCHOA BORDAGARAY, IÑIGO BAILEZ AGUIRREGOICOA

TÍTULO/TITLE:

Análisis de una unidad BPSO, ¿qué sabemos sobre el acceso vascular?

Objetivo. Conocer el nivel de conocimiento previo del personal de enfermería sobre el acceso vascular antes de comenzar con la implantación de las recomendaciones emitidas por la guía “Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones” del programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidado® (CCEC®), mayormente conocido por sus siglas en inglés BPSO® en el servicio de urgencias del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz, una organización BPSO candidata.

Método. Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en mayo de 2019 a los 37 profesionales que conforman el equipo de enfermería del servicio de urgencias del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria-Gasteiz. El método llevado a cabo para la obtención de datos fue una encuesta censal, dado el reducido tamaño de la muestra. Para ello se repartió a los profesionales un cuestionario anónimo validado por la unidad de Investigación en Cuidados de la Organización Sanitaria Integrada de Araba que constaba de 7 preguntas policotómicas relativas a la elección del lugar para la inserción periférica, a la elección del calibre del catéter y a la solución antiséptica elegida para la desinfección de la piel con 4 opciones de respuesta. Procesamiento de datos y análisis estadístico utilizando el programa informático EXCEL.

Resultados. Se recogieron un total de 37 cuestionarios. Tras la evaluación de los resultados obtenidos, observamos que al 86% del personal de enfermería encuestado le pareció adecuada la cara antecubital del brazo para la canalización del catéter periférico y el 78% se decantó por un calibre 20G para la administración de sueroterapia intermitente en un paciente hemodinámicamente estable. En cuanto a las propiedades y actividad antimicrobiana de los antisépticos, el 78% del personal encuestado se inclinó por el gluconato de clorhexidina alcohólica como el desinfectante que cubre mayor espectro y el 41% lo elige como el antiséptico de mayor tiempo residual tras su aplicación. Respecto al antiséptico más utilizado en la práctica profesional diaria, el 59% eligió el alcohol isopropil al 70% por haberse usado siempre en el servicio.

Discusión. Siguiendo las recomendaciones de la guía “Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones”, las enfermeras participantes en este cuestionario conocen que es la cara antecubital del antebrazo el lugar más apropiado para la terapia a administrar. Sin embargo, creen que el calibre del catéter periférico 20G es el más adecuado, por lo que destaca la falta de información en esta recomendación. En lo referente a los antisépticos llama la atención el desconocimiento generalizado. No se conocen las propiedades de los desinfectantes y se usan basándose en creencias o preferencias. La falta de conocimiento observada en el personal de enfermería encuestado tras el análisis de los datos, nos hace pensar en la necesidad de implantación de la Guía de buenas prácticas, como herramienta didáctica que ofrece los recursos necesarios para la práctica de la enfermería basada en la evidencia con el fin de ofrecer los mejores cuidados posibles.

El estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Herramienta de implantacion de las guias de practica clinica | RegisteredNurses' Association of Ontario [Internet]. [citado 14 de abril de 2018]. Disponible en: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/resources/herramienta-deimplantacion-de-las-guias-de-practica-clinica>

Grinspun, D. Guías de práctica clínica y entorno laboral basados en la evidencia elaboradas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Enfermería Clínica*, (2011). 21(1): 1-2.

Recomendaciones basadas en la evidencia para el cuidado del acceso venoso. Disponible en:
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/es_osteba/adjuntos/2_recomendaciones_acceso_vascular.pdf

AUTORES/AUTHORS:

M^a Dolores Quiñoz Gallardo, M^a José Espigares Mesa, Raquel Valor González, Loreto Salcedo Jerez, Raquel Lozano Estévez, Elena Lamas Hoces, Eva M^a Marín Manzano, Alicia Menor Castro, Virtudes Osorio Areu

TÍTULO/TITLE:

Modelo de asignación de recursos enfermeros, ajustados a nivel de dependencia del paciente evaluado con INICIARE.

Describir resultados parciales de un estudio multicéntrico denominado Nursing_INICIARE_Patient (NIP 3.0) en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Estudio observacional longitudinal prospectivo. Pacientes ingresados y staff de enfermería: enfermeras (E) y técnico de cuidados auxiliares (TCAE) en 6 unidades del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Fase de otoño: 5 al 30 de noviembre de 2017 y Fase de Invierno: 5 al 28 de febrero de 2018. INICIARE 281,2 a pacientes, The Nursing Stress Scale³, Cuestionario G_Clinic⁴, Inventario de Burnout de Maslach⁵, Practice Environment Scale-Nursing Work Index⁶ a enfermería. Resultados expresados mediante frecuencias absolutas y relativas y modelo de regresión multivariante. Programa IBM SPSS Statistics 19.

470 pacientes, 59% hombres y 41% mujeres. Edad media 68 años (DE=16). La edad media de los pacientes es 5 años superior en las unidades médicas frente a las quirúrgicas. INICIARE establece niveles de dependencia en cuidados: Gran dependencia (26-89) PC 90: AUC=79% (S=72,5%; E=71%); Dependencia moderada (90-117) PC 118: AUC=94% (S=86,7%; E=84,3%); Independencia (118-130). 153 enfermeras y 120 TCAE encuestadas. 90% mujeres, con edad media 46 años en enfermeras y en TCAE 50 años. Experiencia profesional en E se sitúa en 21,4 años y antigüedad de 9,5 años. TCAE en 19,4 años y antigüedad de 6,3 años. La media de ratio enfermera/paciente es 11 (DE=4) pacientes, siendo la ratio ideal 8 pacientes. En unidades quirúrgicas TCAE presentan mayor nivel de estrés y mayor nivel de satisfacción que E. Sin embargo en las unidades no quirúrgicas son las E las que están más estresadas (58% frente a 51%) y están más satisfechas. TCAE de unidades quirúrgicas presentan mayor nivel de desgaste profesional que E de unidades quirúrgicas. Sin embargo, en las unidades no quirúrgicas son las E las que tienen mayor desgaste profesional. Profesionales que desarrollan su labor en ambientes inadecuados tienen 9,3 veces más posibilidades de padecer estrés, 3,8 veces más de estar insatisfechas con su trabajo y 3,8 veces más posibilidades de presentar Burnout.

Los pacientes estudiados tienen mayor edad y menor nivel de dependencia

en unidades médicas que en unidades quirúrgicas. Importante la variable edad, ya que los pacientes que ingresan en unidades médicas presentan una media de 10 años más que los que ingresan en quirúrgicas. INICIARE ha demostrado ser un válido y fiable instrumento para evaluar el nivel de dependencia de los pacientes en estado agudo hospitalizados^{1,2}. Hasta ahora, conocíamos el punto de corte óptimo que discriminaba a los pacientes en dependientes e independientes en cuidados (118 puntos).

Desconocíamos si había algún nivel intermedio. El presente estudio ha permitido establecer ese punto de corte en 90 puntos. Uno de los grupos profesionales más afectados por el estrés en su trabajo diario lo constituye el personal de enfermería³ En la muestra analizada son los TCAE de las unidades quirúrgicas y las enfermeras de las unidades médicas los que están más estresados.

Estudios realizados en España, no encontraron diferencias en el nivel de estrés entre E de distintos tipos unidades^{5,9}. Las variables con mayor puntuación de estrés percibido fueron eficiencia laboral y muerte/sufrimiento, coincidiendo con otros estudios consultados⁷. Los profesionales con altos niveles de estrés manifiestan tener importantes consecuencias en la calidad de atención a los usuarios y en la propia salud⁸. El nivel de satisfacción laboral difiere entre TCAE y E en función del tipo de unidad en la que se trabaja, como ocurre con el nivel de estrés. No se han encontrado estudios que analicen las diferencias de TCAE y E en relación a la satisfacción laboral. Un estudio revisado¹⁰ concluye que las unidades de críticos son las que menos falta de tiempo manifiestan y redundan en ambientes más favorables a la práctica con mejor percepción de la calidad del cuidado y actitudes favorables a la seguridad del paciente. El factor tiempo aparece como clave para reducir el nivel de estrés, mejorar la satisfacción y conseguir un entorno laboral más saludable. El Burnout también difiere entre TCAE y E en función del tipo de unidad en la que se trabaja. Los

datos obtenidos reflejan mayor desgaste profesional en los TCAE en contraposición con otros estudios revisados¹⁰ en los que la evaluación entre categorías profesionales no resultó en diferencias significantes. En nuestro trabajo hemos descrito el riesgo que tienen los profesionales que desarrollan su labor en ambientes inadecuados de padecer estrés, de estar insatisfechas con su trabajo y de presentar Burnout. Trabajos como el de Fuentelsaz⁹ en España y de Aiken¹¹ a nivel internacional, llegan a la conclusión de que la mejora de los entornos laborales y la reducción de la proporción de pacientes y enfermeras se asocian con una mayor calidad de atención y satisfacción del paciente. Ya que se ha demostrado que la existencia de un mal ambiente puede llevar al abandono de la profesión por parte de la enfermera¹².

Esta investigación puede aportar mejoras en la organización de la atención hospitalaria creando entornos de trabajo saludables con un modelo de asignación de recursos enfermeros ajustados a niveles de dependencia y complejidad de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Morales-Asencio JM, Porcel-Gálvez AM, Oliveros-Valenzuela R, Rodríguez-Gómez S, Sánchez-Extremera L, Serrano-López FA, Aranda-Gallardo M, Canca-Sánchez JC, Barrientos-Trigo S. Design and validation of the INICIARE instrument, for the assessment of dependency level in acutely ill hospitalised patients. *J Clin Nurs*. 2015 Mar; 24 (5-6): 761-77.
- Porcel-Gálvez AM, Hörner Schindwein-Meirelles B, Gil-García E, Morales-Asencio JM, Guerra-Martín MD. Opiniones y satisfacción de la enfermera con la escala INICIARE 2.0: un estudio cualitativo en un hospital. *Enferm Clin*. 2016 noviembre - diciembre; 26 (6): 374-380.
- Porcel-Gálvez AM, Martínez-Lara C, Gil-García E, Grao-Cruces A. Construcción y validación del cuestionario G_Clinic para medir la satisfacción laboral en profesionales de Enfermería de las unidades de gestión clínica. *Revista Española de Salud Pública*. 2014; 88 (3): 419-428.
- Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, González-María E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*. 2013; 50: 274-280.
- Preciado-Serrano ML, Ambriz-Ramos A, Enríquez-Hernández CB, Hernández-Chávez G. Análisis psicométrico de la escala de estrés para profesionales mexicanos de enfermería. *Rev. Iberoamericana Ciencias de la Salud*. 2016; 10 (5).
- Girbau MR, Galimany J, Garrido E. Desgaste profesional y estrés de la profesión de enfermería. *Nursing*. 2012; 30 (1): 58-61.
- Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, Gómez-García T, González-María E ; Consorcio RN4CAST-España. Ambiente de trabajo, satisfacción y agotamiento de las enfermeras en unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Intensiva*. 2013 julio-septiembre; 24 (3): 104-12.
- Guirardello EB. Impacto del entorno de cuidados críticos en el agotamiento, la calidad percibida de la atención y la actitud de seguridad del equipo de enfermería. *Rev Lat Am Enfermería*. 2017 junio; 25: e2884.
- 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.
- Heinen MM, Van Achterberg T, Schwendimann R, Zander B, Matthews A, Kózka M, et al. Nurses» intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *Int J Nurs Stud*. 2013; 50 (2): 174-84.

AUTORES/AUTHORS:

Ana Belén Montes Pérez, Olga Alcalá del Real, Verónica Barrios Moreda

TÍTULO/TITLE:

VALORACIÓN TIEMPO DESTINADO A CUIDADOS ENFERMEROS EN NIÑOS CON OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

1. OBJETIVOS:**GENERAL:**

- Cuantificar el tiempo de cuidados enfermeros realizados en pacientes portadores de oxigenoterapia de alto flujo en una unidad de hospitalización infantil de un hospital pediátrico de tercer nivel.

ESPECÍFICOS:

- Cuantificar el número medio de pacientes portadores de oxigenoterapia de alto flujo por enfermera en un turno de trabajo.
- Estratificar el tiempo medio de enfermera destinado a este tipo de pacientes, en función del tipo de cuidados que se le realicen.
- Analizar las diferencias existentes en el tiempo dedicado a la realización de cuidados enfermeros en estos pacientes, en función del tipo de turno de trabajo.
- Describir las características sociodemográficas de los pacientes incluidos en el estudio.

2. METODOLOGÍA:

- Estudio observacional, descriptivo y transversal.
- Ámbito: Unidad de hospitalización infantil de un hospital pediátrico de tercer nivel.
- Periodo de estudio: 1 de noviembre de 2017 a 2 de febrero 2018.
- Sujetos de estudio: Todos los pacientes portadores de oxigenoterapia de alto flujo
- Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia
- Herramienta de recogida de datos: Registro creado ad-hoc.

3. RESULTADOS

Se incluyeron un total de 58 pacientes. Los cuidados enfermeros realizados, así como el tiempo que se necesitó para ello, fue registrado en los turnos de mañana, tarde y noche, durante los días en que los pacientes fueron portadores de oxigenoterapia de alto flujo. Esto supuso un total de 197 registros.

El tiempo medio destinado a la realización de cuidados enfermeros fue de 50.4 minutos por paciente, suponiendo un 12% del total de una jornada laboral de 7 horas.

La principal diferencia observada entre los turnos diurno y nocturno, es que mientras de día se destinó más tiempo enfermero a la realización de cuidados tales como la valoración del estado clínico del paciente, a la realización de cuidados enfermeros y a la administración de medicación (40 minutos/paciente). Durante la noche la realización de cuidados enfermeros disminuyeron, siendo mayor el tiempo destinado a valorar el estado clínico del paciente y a la administración de medicación (50 minutos /paciente).

El rango de edad más prevalente de los pacientes portadores de oxigenoterapia de alto flujo durante el periodo de estudio fue de 1 a 3 meses (37% del total de la muestra) y el diagnóstico más habitual fue el de bronquiolitis (69% del total).

4. DISCUSIÓN:

El incremento del uso de sistemas de oxigenoterapia de alto flujo en las unidades de hospitalización infantil, como medida terapéutica precoz ante pacientes con patología respiratoria y mala evolución clínica, ha supuesto una disminución del número de ingresos en cuidados intensivos en este tipo de pacientes, con la reducción de costes económicos que ello supone, pero también ha aumentado la complejidad de los cuidados enfermeros en planta de hospitalización. Como contrapartida, se aumenta la calidad asistencial al favorecer el vínculo niño-familia ya que la planta de hospitalización es un espacio más confortable y menos invasivo que una unidad de cuidados intensivos.

El aumento en la cantidad y complejidad de cuidados enfermeros requeridos por este tipo de pacientes y sus familias supone un reto para las enfermeras que deben tener una formación específica y continuada con el objetivo de realizar unos cuidados de calidad, seguros y eficaces.

La enfermera es además responsable de más pacientes de la unidad, viéndose aumentada la carga asistencial y poniendo en relevancia la necesidad de realizar una revisión de los ratios enfermera-paciente en determinados periodos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

5. BIBLIOGRAFIA:

- Morosini, F., Dall'Orso, P., Alegretti, M., Alonso, B., Rocha, S., Cedrés, A., ... & Prego, J. (2016). Impacto de la implementación de oxigenoterapia de alto flujo en el manejo de la insuficiencia respiratoria por infecciones respiratorias agudas bajas en un departamento de emergencia pediátrica. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 87(2), 87-94.
- Bermúdez Barrezueta, L., García Carbonell, N., López Montes, J., Gómez Zafra, R., Marín Reina, P., Herrmannova, J., & Casero Soriano, J. (2017). Oxigenoterapia de alto flujo con cánula nasal en el tratamiento de la bronquiolitis aguda en neonatos. In *Anales de Pediatría* (Vol. 86, No. 1, pp. 37-44).
- Wegner, A., Cespedes, P., Godoy, M. L., Erices, P., Urrutia, L., Venthur, C., ... & Wood, D. (2015). Cánula nasal de alto flujo en lactantes: experiencia en una unidad de paciente crítico. *Revista chilena de pediatría*, 86(3), 173-181.
- Hyzy, R. C. (2018). Heated and humidified high-flow nasal oxygen in adults: Practical considerations and potential applications. *UpToDate*. Accessed Jan, 15.
- Villaescusa, J. U., Bartolomé, S. M., Escobar, E. C., Cid, J. L. H., & Álvarez, A. C. (2008, January). Experiencia con la oxigenoterapia de alto flujo en cánulas nasales en niños. In *Anales de Pediatría* (Vol. 68, No. 1, pp. 4-8). Elsevier Doyma.
- Martínez, F. G., Sánchez, M. G., & Fernández, R. R. (2013, April). Impacto clínico de la implantación de la ventilación por alto flujo de oxígeno en el tratamiento de la bronquiolitis en una planta de hospitalización pediátrica. In *Anales de Pediatría* (Vol. 78, No. 4, pp. 210-215). Elsevier Doyma.
- Villaescusa, J. U., Bartolomé, S. M., Escobar, E. C., Cid, J. L. H., & Álvarez, A. C. (2008, January). Experiencia con la oxigenoterapia de alto flujo en cánulas nasales en niños. In *Anales de Pediatría* (Vol. 68, No. 1, pp. 4-8). Elsevier Doyma.

AUTORES/AUTHORS:

Laura Contreras Navarro, Isabel Fortes Bazaga, Laura Rodríguez Serna, Gemina Santana Aparici, Blanca Torralbo Navarro, Isabel Torá Rocamora, Silvia Valls Padrò

TÍTULO/TITLE:

Cumplimiento de las precauciones de aislamiento de contacto por microorganismos multirresistentes

INTRODUCCIÓN: Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) son un problema de seguridad mundial. El aislamiento de contacto de los pacientes con microorganismo multiresistentes (MMR) se considera una de las medidas más eficaces para el control de las IRAS, y su cumplimiento minimiza la transmisión cruzada entre pacientes y evita situaciones de brotes. La mejora en la práctica de la higiene de manos (HM) reduce la incidencia de IRAS.

El objetivo fue evaluar el cumplimiento de las precauciones de aislamiento de contacto (PAC) en pacientes hospitalizados con MMR durante el 2018.

METODOLOGIA: Estudio observacional descriptivo del cumplimiento de las PAC. Las observaciones están basadas en el "Check-list del CDC-APIC para hacer el control de áreas i procedimientos" con variables de estructura (dotación-material), conocimiento de la situación, cumplimiento de la HM y las PAC por los profesionales sanitarios (PS) Las variables se han descrito con la frecuencia absoluta y relativa según PS. Se utilizó el test Chi-cuadrado para comparar el cumplimiento de HM antes de la colocación del equipo de protección individual (EPI) y en la retirada del EPI, los PAC vs datos globales de cumplimiento de HM del hospital antes y después del contacto con el paciente realizados en el 2018.

RESULTADOS: De un total de 356 observaciones, el cartel y material clínico de uso individual (guantes y bata) se encontraba presente el 99'5%.

Respecto a las PAC a la entrada de la habitación el 75'8% de los PS se realizaba la HM antes del EPI, 93'5% se colocaba el EPI en el orden adecuado, el 94'1% utilizaba el EPI exclusivamente dentro de la habitación. A la salida de la habitación el 94'1% de los PS se retiraba el EPI antes de salir, el 91'3% lo retiraba en el orden adecuado y el 95'5% se hacía la HM.

Se observaron 127 enfermeras, 60 médicos, 96 Técnico Auxiliar de enfermería (TCAi) y 73 otros (auxiliar sanitario, fisioterapeuta, tecnicos) Por categorías profesionales el cumplimiento de HM antes de la colocación del EPI es del 83,4% en enfermeras, 30'0% médicos, 85,4% TCAi y 87,6% otros.El cumplimiento de HM después de la retirada del EPI fue 97,3% en enfermeras, 80% médicos, 99% TCAi, y 100% otros.

Se observaron diferencias significativas en la comparación de todos los PS antes de la colocación y retirada del EPI, salvo en enfermeras en la realización de HM antes de la colocación del EPI ($p=0'576$). En la observación de los aislamientos, el cumplimiento de HM es superior en todos los PS excepto en los médicos antes de la colocación del EPI, que fue inferior.

CONCLUSIONES: La falta de cumplimiento del aislamiento no puede ser atribuida al déficit de materiales. Encontramos como limitaciones del estudio el número reducido de observaciones y el efecto Hawthorne.

Destaca que el cumplimiento de HM de los PS en general es superior en la atención de los pacientes que están en PAC. Implementar programas de formación y seguir monitorizando el cumplimiento de los PAC y la HM nos permitirá detectar oportunidades de mejora.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ashish, J. (2008). The research priority setting working group of the World alliance for Patient safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. World Health Organization.

Tzouvelekis, L. S., Markogiannakis, A., Psychogiou, M., Tassios, P. T., & Daikos, G. L. (2012). Carbapenemases in Klebsiella

- pneumoniae and other Enterobacteriaceae: an evolving crisis of global dimensions. *Clinical microbiology reviews*, 25(4), 682-707.
- Oteo, J., Calbo, E., Rodríguez-Bano, J., Oliver, A., Hornero, A., Ruiz-Garbajosa, P., ... & Bou, G. (2014). La amenaza de las enterobacterias productoras de carbapenemasas en España: documento de posicionamiento de los grupos de estudio GEIH y GEMARA de la SEIMC. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 32(10), 666-670.
- Burke, J. P. (2003). Infection control--a problem for patient safety. *The New England journal of medicine*, 348(7), 651.
- González-Estrada, A., Fernández-Prada, M., Ortega, C. M., Pérez, A. L., & González, M. L. (2016). Cumplimiento de las precauciones de aislamiento de contacto por microorganismos multirresistentes en un hospital de tercer nivel. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(5), 293-299.
- Aranaz, J., Aibar, C., Vitaller, J., & Ruiz, P. (2005). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización.
- García-Gasalla, M., Arrizabalaga-Asenjo, M., Collado-Giner, C., Ventayol-Aguiló, L., Socias-Mir, A., Rodríguez-Rodríguez, A., ... & Payeras-Cifré, A. (2019). Results of a multi-faceted educational intervention to prevent peripheral venous catheter-associated bloodstream infections. *Journal of Hospital Infection*.
- Melendo, S., Vilca, L. M., Albero, I., Larrosa, N., de Arquer, M., & Campins, M. (2011, July). Precauciones de aislamiento en un hospital pediátrico de tercer nivel. In *Anales de Pediatría* (Vol. 75, No. 1, pp. 21-25). Elsevier Doyma.
- Vigilància de la infecció nosocomial als hospitals de Catalunya (VINCat)
<https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/vincat/documents/informes/informe-2017.pdf>
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2007). 2007 Guideline for isolation precautions preventing transmission of infectious agents in healthcare settings.
- Sanjuan-Quiles, A. (2009). Evaluación de un programa de intervención para mejorar el grado de cumplimiento de las precauciones estándar. Universidad de Alicante.

AUTORES/AUTHORS:

Alexandra Egea , Dolors Estrada, Cristina Benítez, Carmen Antonia Díaz, Adriana San Miguel

TÍTULO/TITLE:

Beneficios de una educación terapéutica de seguridad en pacientes diabéticos hospitalizados

Objetivos: El objetivo general ha sido valorar la efectividad de un programa de educación terapéutica de seguridad realizada por enfermeras y dirigida a pacientes diabéticos en tratamiento farmacológico para la diabetes durante su ingreso en una unidad de medicina interna. Los objetivos específicos fueron, por un lado evaluar el grado de conocimientos sobre la diabetes antes de realizar la intervención educativa y, por otro lado determinar si existen diferencias en los diferentes subgrupos de la población (edad, sexo, patologías asociadas).

Metodología: Estudio experimental prospectivo y comparativo, con grupos paralelos sobre la aplicación de un programa de educación terapéutica de seguridad sobre la diabetes. El ámbito de estudio ha sido una unidad de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel.

La asignación al grupo control (GC) o al grupo intervención (GI) se ha realizado de forma aleatoria a través de un sistema informático. Los criterios de inclusión fueron: paciente diabético tipo II, mayor de 60 años, con tratamiento farmacológico e ingreso hospitalario mayor de 48 horas. Se recogieron datos sociodemográficos, información referida a aspectos clínicos y datos sobre el conocimiento de la diabetes que se realizaron a través de un cuestionario ad hoc, formado por 11 preguntas y que se pasó a los dos grupos a los 3 días del ingreso y antes del alta. La educación se realizó únicamente al GI por parte de la enfermera responsable. La educación terapéutica consistió en una intervención individual dirigida a ayudar al paciente en la adquisición de conocimientos sobre la diabetes tipo 2 y sus complicaciones. Se acompañó de material educativo de soporte sobre consejos generales sobre la diabetes tipo 2, hipoglicemia, hiperglicemia y zonas donde administrar la insulina.

Resultados: muestra final de 62 pacientes en el GI y 58 en el GC, el 51% eran mujeres con una edad media de 77 años. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos en relación a la edad, sexo y estudios realizados. Al final de la intervención educativa se observó un aumento en el porcentaje de respuestas correctas, con diferencias estadísticamente significativas en cuanto al grupo control, respecto a los conocimientos sobre cómo se manifiesta la diabetes, síntomas de la hipoglicemia e hiperglicemia, que realizar ante una hipoglicemia e hiperglicemia, alimentos que debe evitar y donde consultar ante los signos de alarma. En relación al aumento de preguntas acertadas al alta, en el GC hubo un aumento de 4 a 6 y en el GI de 5 a 10 sobre 11 ($P < 0,001$).

Discusión: Prácticamente todos los pacientes consultados sabían que eran diabéticos pero solo una cuarta parte referían que se les había explicado que era la diabetes. Los resultados generales obtenidos en el grupo control poseen una inercia a mejorar los conocimientos, sobre todo en los síntomas de la hipoglicemia. Esta tendencia a mejorar podría ser la respuesta al hecho de repetir el mismo cuestionario y/o otros tipos de información no estructurada recibida por el personal sanitario durante su hospitalización. El personal de enfermería constituye un papel fundamental en la educación terapéutica debido entre otras cosas al contacto permanente con el paciente y su familia además de ser la responsable de facilitar los cuidados pertinentes. Este estudio pone de manifiesto que la aplicación de una intervención educativa, asociada a la misma actividad asistencial de enfermería con recomendaciones claras y sencillas, es capaz de elevar el nivel de conocimientos en estos pacientes. Además esta intervención educativa podría ser aplicada a todos los pacientes diabéticos tipo 2 ingresados en las unidades de hospitalización y estos podrían irse de alta con unas mejores garantías. Esto es importante desde el punto de vista de salud pública si tenemos en cuenta la magnitud del problema, con ello se evitarían complicaciones agudas después del alta hospitalaria y un mayor control de su diabetes.

El estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2012;35 Suppl 1:S64–71.
- 2- World Health Organization. Health statistics and information systems. Estimates for 2000–2012. Ginebra:World Health Organization;2014.
- 3- Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Diabet.es Study. *Diabetologia*. 2012;55:88-93.
- 4- Rydén L, Grant P, Anker SD, Danchin N, Deaton C, Escaned J, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular, en colaboración con la European Society for the Study of Diabetes. *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67(2):13.
- 5- Pérez A, Gómez R, Álvarez F, García J, Mediavilla JJ, Menéndez E. Documento de consenso sobre el tratamiento al alta hospitalaria del paciente con hiperglucemia. *Med Clin*. 2012;138(15): 666.e1-666.e10
- 6- Monteagudo A, Segura JM. Implementación de un programa de educación terapéutica mínimo para pacientes diabéticos hospitalizados que inician tratamiento con insulina. *Avances en diabetología*. 2010; 26(4):281-285.
- 7- Vinagre I, Mata-Cases M, Hermosilla E, Morros R, Fina F, Rosell M, et al. Control of glycemia and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes in primary care in Catalonia (Spain). *Diabetes Care* .2012;35:774-779.
- 8- Muñoz A, Sánchez V, Puchades A, Piquer C, Ferrer E. Revisión sistemática de las intervenciones de enfermería en el ámbito de la diabetes 1998-2008. *Enfermería Integral*. 2010;90:11-15.
- 9- Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ, et al. National, regional and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet*. 2011; 378(9785):31–40.
- 10- Longtin Y, Sax H, Leape L, Sheridan S, Donalson L, Pittet D. Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*. 2010; 85:53-62.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI

Session of Oral Brief Presentations VI

AUTORES/AUTHORS:

ISABEL NAVARRI RAMOS, LAURA TARRATS VELASCO, ISABEL PAEZ MALDONADO, NOEMI RAMIREZ PLANES, EVA GILABERTE MARTINEZ, SANDRA CABRERA JAIME, GEMA FERNÁNDEZ RIVAS, MIGUEL ANGEL LUNA TOMAS

TÍTULO/TITLE:

VARIABILIDAD DEL RESULTADO DEL CULTIVO PARA STREPTOCOCCUS AGALACTIAE ENTRE LA SEMANA 35-37 DE GESTACIÓN Y EL PARTO

Antecedentes: El *Streptococcus agalactiae* (SGB) es la primera causa de infección bacteriana perinatal de transmisión vertical en el mundo occidental. Puede causar sepsis graves con elevada morbi-mortalidad materno-fetal. Existe controversia respecto al protocolo de screening y tratamiento debido al aumento de las resistencias a los antimicrobianos en enterobacterias, provocando alteración de la microbiota neonatal, mastitis puerperales fúngicas y reacciones alérgicas a los antibióticos. También, se cuestionan los estudios en los que se basan las guías de nuestro país además de la dudosa efectividad en el cribaje.

Objetivo: Analizar la variabilidad en el resultado de los cultivos de la muestra de exudado para SGB vagino-rectal entre el tercer trimestre de gestación (35-37semanas) y el parto.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal de serie de casos. Técnica de muestreo no probabilística accidental.

Desconociendo el porcentaje de cambio que sufren los cultivos, se tomó un 50% como proporción de estudio, y se estimó una muestra de 304 mujeres, para un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 5%.

Las variables a estudio fueron las referentes al cultivo vagino-rectal para SGB y las sociodemográficas y de salud.

La recogida de datos se realizó mediante datos retrospectivos y prospectivos. El análisis fue descriptivo e inferencial mediante el programa estadístico Statistical Package for Social Science versión 20.0 para Windows.

Resultados: La Prevalencia de gestantes con *Streptococcus agalactiae* positivo para los 304 cultivos, fueron 50 positivos en el primer cultivo (16%) y 46 (15%) en un segundo tiempo. El tiempo transcurrido entre cultivos obtuvo una media de 4 días, presentado un mínimo de 2 días y un máximo de 8 semanas.

Existió una variabilidad de resultados en 21 muestras (7%): 8 cambiaron de negativo a positivo y 13 de positivo a negativo.

Un 27% de los cultivos presentaban una antigüedad superior a 5 semanas, pero en tan sólo 5 de ellos se observó cambio en el resultado.

Respecto a la relación entre condición de portadora y las diferentes variables estudiadas se halló una correlación lineal en con la paridad ($p:0,026$) a mayor número de gestaciones mayor número de SGB positivos. También se halló relación con la etnia ($p:0,016$) existen diferencias estadísticamente significativas entre etnias siendo más frecuente la positividad para SGB en las razas indo-pakistaní, negra y oriental. Con la edad ($p: 0,049$) ocurre algo similar, en la franja de los 31 a los 38 existe una mayor frecuencia de positividad (57%). La modificación del cultivo entre semana 35-37 y el parto ($p:0,02$). Si el primer cultivo es positivo, hay más probabilidades de que haya un cambio en el resultado del segundo cultivo que si el primer cultivo es negativo. Y que, si el segundo cultivo es positivo, hay más probabilidades de que se haya producido un cambio de resultado que si el segundo cultivo es negativo. Hay que tener en cuenta que en general los cultivos siempre tienen más probabilidad de ser negativos que de ser positivos. De hecho, en el cultivo para detección de *S. agalactiae* en gestante tenemos un 15% de positivos, es decir, un 85% de cultivos son negativos. Por tanto, es lógico que entre los positivos tiendan más a volverse negativos que los negativos a positivizarse. La variable cultivo positivo para SGB en gestación anterior muestra una ($p:0,04$), parece que ser positivo y haber sido positivo en gestaciones anteriores (47,37%) es más del doble que ser positivo y haber sido negativo (17,65%). El índice de masa corporal muestra una $p:0,05$; el 30% de los SGB positivos son $IMC \geq 30$ frente el 3,78% con IMC menor a 30. Y finalmente, se estableció una relación fuerte con la diabetes ($p: 0,00$), siendo ésta, una variable claramente influyente en la positividad del cultivo para SGB: 80% de las diabetes pregestacionales son positivas y el 25% de las diabetes gestacionales son positivas frente al 13% de las no diabéticas. Un 4% de los casos con antecedentes de ITS modificaron su resultado durante el estudio. La mayoría de las modificaciones (17%) sucedieron en gestantes sin antecedentes de ITS.

Discusión: ¿Se están tratando en defecto o en exceso a nuestras gestantes?

Pese a que tan sólo se han modificado 21 cultivos, este resultado implica a 42 personas las cuales se han expuesto a potenciales riesgos con importantes repercusiones a corto y largo plazo. Por tanto, se debe continuar trabajando para lograr individualizar las

estrategias de cuidados en este grupo tan frágil. Se debe optimizar la administración de antibióticos a las gestantes para disminuir sus efectos secundarios tales como resistencias, alergias y efectos colaterales, buscando alternativas seguras. Es importante mejorar la eficiencia de los recursos sanitarios y protocolos disponibles. Se requieren más estudios que valoren los efectos secundarios y daños colaterales debidos a la utilización de profilaxis antibiótica a corto y largo tiempo tanto en las mujeres como en neonatos. Se debe trabajar en alternativas que mejoren la prevención: cribajes, vacunación, tratamiento y seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Parente V, Clark RH, Ku L, Fennell C, Johnson M, Morris E, et al. Mothers With Negative Antenatal Testing. *J Perinatol*, 2017.
2. Ohlsson A, Shah V.S. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014.
4. Seedat F, Geppert J, Stinton C, Patterson J, Freeman K, Johnson S, Hannah F. Universal antenatal screening for group B streptococcus may cause more harm than good. *BMJ* 2019.
5. Delgado S, Garcia-Garrote F, Padilla B, Rodriguez J, Romero B. Diagnóstico microbiológico de la infección bacteriana asociada al parto y al puerperio. Vol. 34, *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2015.

AUTORES/AUTHORS:

Matilde Fernández y Fernández-Arroyo, Ana Pedraza Anguera, Mercedes Gómez del Pulgar, María Teresa Alcolea Cosín, Cristina Oter Quintana

TÍTULO/TITLE:

Necesidades formativas de los padres respecto a la educación sanitaria del puerperio.

INTRODUCCIÓN: La igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres es un derecho básico de las personas trabajadoras que, en nuestro marco jurídico, se plasmó en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo (1). En el ámbito laboral, la maternidad constituye un elemento por el que muchas empresas continúan promocionando a los hombres respecto a las mujeres. Con el objetivo de mejorar esta situación, el pasado 7 de marzo de 2019 el Boletín Oficial del Estado publicó el «Real Decreto-Ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación» (2). Este decreto-ley indica una ampliación progresiva del permiso de paternidad hasta 2021, fecha en que se prevé que se iguale el tiempo de baja por maternidad y por paternidad. Esta es una medida de alto coste que hay que saber planificar y organizar, a todos los niveles, para obtener los esperados resultados de igualdad. El hecho de que los padres tengan más tiempo de baja laboral no asegura que compartan esa responsabilidad, si bien está claro que puede facilitarla. Si queremos que los padres avancen en este sentido, habrá que acompañarlos, educarlos (3). ¿Nos preguntamos cómo hay que adecuar la educación sanitaria a la nueva situación? **OBJETIVOS:** Explorar las necesidades formativas de los padres para el puerperio. **MÉTODO:** **Ámbito:** Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, distrito Norte, centro de salud Rosa de Luxemburgo de San Sebastián de los Reyes. **Diseño:** Estudio fenomenológico. **Sujetos participantes:** 26 padres y 28 madres en la etapa de puerperio. Los criterios de inclusión son padres/madres que hayan acudido al programa de educación para la maternidad/paternidad en la gestación y en el puerperio, que hayan tenido un hijo sano y que acepten participar en el estudio. Se ha realizado un muestreo intencional o por propósito atendiendo a criterios de obtener una variedad de discursos en base a modelos de familia, formación académica, situación laboral, experiencia en la gestación, el parto, el puerperio y la crianza. **Método de recogida de datos:** Se han constituido seis grupos de discusión. Dos grupos de solo madres, dos grupos de solo padres y dos grupos de padres/madres. La línea argumental estaba compuesta por 6 preguntas generales, de carácter abierto, sobre la situación y las necesidades de los padres en el puerperio. La duración media de los grupos fue de una hora. **Análisis de datos:** se ha seguido el esquema de Taylor-Bogdan agrupando los datos en categorías y temas (4). Se ha utilizado el software Atlas-ti V7. **Consideraciones éticas:** Este trabajo se enmarca en una investigación más amplia aprobada por la comisión de investigación y de ética del Hospital Universitario La Paz, PI-2100. Se garantiza la confidencialidad en el manejo de los datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/ 1999 de Protección de datos de carácter Personal.

RESULTADOS: Los padres y las madres han identificado necesidades formativas de organización de familia, relación de pareja, lactancia y cuidados de hijo. Los progenitores señalan el puerperio como la etapa en la que encuentran mayores dificultades a todos los niveles. Las madres identifican la sensación de que el hijo es suyo en exclusividad y la dificultad para delegar cuidados del recién nacido y para pedir ayuda. Los padres se quejan de las dificultades del inicio de la lactancia y de las diferencias de criterios de los diferentes profesionales. **DISCUSIÓN.** La relevancia que los padres/madres dan al periodo coincide con la de las organizaciones sanitarias (5) y la de los profesionales de la salud (6-9). Se coincide con Shorey, en el estrés que supone para los nuevos padres la falta de continuidad de la atención de los profesionales de la salud durante el periodo posparto. Las estadías cortas en el hospital limitan la disponibilidad de apoyo y el tiempo que los padres necesitan para estar bien equipados con habilidades de crianza y cuidado infantil. El mal ajuste de los padres puede, a su vez, conducir a resultados parentales negativos y afectar negativamente el desarrollo del niño (10). Se aprecian diferencias en el discurso de los padres con respecto al de las madres en cuanto a las necesidades de los padres cuando se les agrupa separados para hablar. Los padres se quejan de las diferencias en las

informaciones que reciben. Los grupos de madres/padres son más medidos en la expresión de necesidades y proponen soluciones más prácticas. A igual que en otras investigaciones, se detecta un gran interés por el cuidado del hijo, la recuperación de la mujer y la reorganización familiar (11-20). IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA. El presente trabajo pone de manifiesto las necesidades formativas de los padres para la baja de paternidad. Ello es imprescindible para poder adecuar, la atención sanitaria en general y los programas de educación para la maternidad/paternidad en particular, a la situación actual. Atender a las nuevas necesidades de los padres en esta etapa, resulta substancial para poder aumentar la corresponsabilidad de la crianza y desarrollar la igualdad de género en la llegada de un hijo.

PALABRAS CLAVE: Fathers, Father-Child Relations, Coparenting, Transition to Parenthood, Dyadic Adjustment, Postpartum Period.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-6115> (consultado: 13 de septiembre de 2019).
- 2- Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2019-3244> (consultado: 19 de septiembre de 2019).
- 3- Fernández y Fernández-Arroyo M. Ampliación de la baja por paternidad, ¿un reto para las matronas? *Matrona Prof.* 2019;4:20-1. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2019/04/EDITORIAL-20-1.pdf> (consultado: 19 de septiembre de 2019).
- 4- Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1987. 150 p.
- 5- Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Organización Mundial de la Salud. 2015. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/ (consultado: 19 de septiembre de 2019).
- 6- Fernández y Fernández-Arroyo M., Muñoz San Roque I, Torres Lucas J. Características de los programas de educación maternal de atención primaria de la Comunidad de Madrid (España) y de sus asistentes. *Matrona Prof.* 2014; 15(1): 20-6.
- 7- Olsavsky AL, Yan J, Schoppe-Sullivan SJ, Kamp Dush CM. New Fathers' Perceptions of Dyadic Adjustment: The Roles of Maternal Gatekeeping and Coparenting Closeness. *Fam Process.* 2019 Apr 9. doi: 10.1111/famp.12451.
- 8- Liyana Amin NA, Tam WW, Shorey S. Mejora de la autoeficacia de los padres primerizos: una revisión sistemática y un metanálisis de la eficacia de las intervenciones universales de educación para padres. *Int J Nurs Stud.* 2018 junio; 82 : 149–62. doi: 10.1016 / j.ijnurstu.2018.03.021.
- 9- Olsavsky AL, Yan J, Schoppe-Sullivan SJ, Kamp Dush CM. New Fathers' Perceptions of Dyadic Adjustment: The Roles of Maternal Gatekeeping and Coparenting Closeness. *Fam Process.* 2019 Apr 9. doi: 10.1111/famp.12451.
- 10- Shorey, S., Ng, Y., Ng, E. D., Siew, A. L., Mörelus, E., Yoong, J., & Gandhi, M. (2019). Effectiveness of a Technology-Based Supportive Educational Parenting Program on Parental Outcomes (Part 1): Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 21(2), e10816. doi:10.2196/10816

AUTORES/AUTHORS:

Antonia Arreciado Marañón, María Isabel Fernández Cano, Laura Montero-Pons, Josep Maria Manresa Domínguez, Azahara Reyes-Lacalle, Rosa Maria Cabedo Ferreiro, Gemma Falguera Puig

TÍTULO/TITLE:

Motivos favorecedores y limitaciones para la vacunación de la tosferina y gripe entre las gestantes

Objetivo: Conocer los motivos que favorecen o limitan la vacunación de la tosferina y gripe entre las mujeres embarazadas.

Metodología: Estudio cualitativo fenomenológico. La recogida de datos se realizó entre marzo de 2018 y enero de 2019. La población de estudio estuvo compuesta por mujeres embarazadas atendidas en siete centros de Asistencia a la Salud Sexual y Reproductiva de un área sanitaria de la provincia de Barcelona, dependiente del Institut Català de la Salut. Se utilizó un muestreo intencional y de conveniencia, con estrategia de máxima variación a fin de obtener la máxima variabilidad discursiva. La entrevista individual semiestructurada fue la técnica de recogida de datos utilizada y ésta finalizó al alcanzarse la saturación de la información. Se llevó a cabo un análisis temático y se aplicaron los criterios de rigor y calidad de Lincoln y Guba para la investigación cualitativa.

Resultados: Participaron un total de 20 gestantes con edades comprendidas entre los 20 y 38 años. 18 de ellas se vacunaron de la tosferina, pero de éstas sólo 5 lo hicieron de la gripe. Dos de las gestantes no se vacunaron de ninguna. De las que mujeres vacunadas de la tosferina, de entre los motivos favorecedores para su vacunación destaca notablemente como factor principal y decisivo la recomendación de la comadrona. Otros como, por ejemplo, la percepción de riesgo para el bebé también aparece como relevantes. En cuanto a la gripe, la falta de recomendación explícita por parte de las comadronas aparece como el factor principal para la no vacunación, seguida de una baja percepción de riesgo para el bebé. Así mismo, aparece un consenso generalizado al afirmar que se habrían vacunado de la gripe si la comadrona así lo hubiera recomendado.

Discusión: Como señalan algunos estudios, la recomendación del profesional para la vacunación de las gestantes resulta esencial e incluso determinante. La diferente percepción de riesgo para el bebé que poseen las gestantes respecto a la gripe o la tosferina influye en una menor o mayor aceptación de la vacuna. No obstante, la recomendación por parte de la comadrona puede influir de manera decisiva en, por ejemplo, una mayor vacunación frente a la gripe hasta hacerla, al menos, equiparable a la cobertura vacunal existente para la tosferina. También para mejorar esta última, la intervención de la comadrona resulta fundamental.

Implicación para la práctica: Conocer los motivos por los cuales las gestantes se vacunan o no de la gripe y la tosferina, y hacerlo desde el punto de vista de las protagonistas, ayuda a (re)orientar las estrategias profesionales para conseguir una cobertura de vacunación óptima acorde a la recomendación de la OMS.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Domínguez, A., Astray, J., Castilla, J., Godoy, P., Tuells, J., & Barrabeig, I. (2019). Falsas creencias sobre las vacunas. *Atención Primaria*, 51(1), 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.05.004>
- Li, R., Xie, R., Yang, C., Rainey, J., Song, Y., & Greene, C. (2018). Identifying ways to increase seasonal influenza vaccine uptake among pregnant women in China: A qualitative investigation of pregnant women and their obstetricians. *Vaccine*, 36(23), 3315–3322. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.04.060>
- Lutz, C. S., Carr, W., Cohn, A., & Rodriguez, L. (2018). Understanding barriers and predictors of maternal immunization: Identifying gaps through an exploratory literature review. *Vaccine*, 36(49), 7445–7455. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.10.046>
- Mohammed, H., Clarke, M., Koehler, A., Watson, M., & Marshall, H. (2018). Factors associated with uptake of influenza and pertussis vaccines among pregnant women in South Australia. *Plos One*, 13(6), e0197867. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197867>

- Nitsch-Osuch, A., Korzeniewski, K., Gawlak, M., Zycinska, K., Wardyn, K., & Kuchar, E. (2015). Epidemiological and clinical reasons for vaccination against pertussis and influenza in pregnant women. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 849, 11–21. https://doi.org/10.1007/5584_2014_95
- Vilca, L. M., Verma, A., Bonati, M., & Campins, M. (2018). Impact of influenza on outpatient visits and hospitalizations among pregnant women in Catalonia, Spain. *Journal of Infection*, 77(6), 553–560. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2018.06.015>
- Wilcox, C. R., Bottrell, K., Paterson, P., Schulz, W. S., Vandrevalla, T., Larson, H. J., & Jones, C. E. (2018). Influenza and pertussis vaccination in pregnancy: Portrayal in online media articles and perceptions of pregnant women and healthcare professionals. *Vaccine*, 36(50), 7625–7631. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.10.092>

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Cabezas López, Georgina Ferré Romero, Marta Tamame San Antonio

TÍTULO/TITLE:

Vivencias de las matronas de la sala de partos ante la pérdida perinatal. Actuaciones y estrategias de afrontamiento.

Autoras: Cristina Cabezas López, Georgina Ferré Romero, Marta Tamame San Antonio

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cuáles son las vivencias de las matronas de sala de partos ante el duelo perinatal?

Objetivo General: Conocer las vivencias y emociones de las matronas ante el duelo perinatal en la sala de partos del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. **Objetivos Específicos:** Describir y analizar cómo actúan ante las situaciones de muerte perinatal las matronas de la sala de partos del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Identificar las necesidades de formación de las matronas implicadas en la atención al duelo perinatal.

METODOLOGIA: Estudio cualitativo fenomenológico cuya población son matronas que trabajan en cualquier turno de Sala de Partos del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona. Diseño muestral es no probabilístico y se tuvo en cuenta que hubieran asistido a una muerte perinatal. La recogida de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas y se grabaron en voz. El análisis se ha basado en la interpretación de discursos y observación durante la recogida de datos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: La experiencia profesional como enfermeras oscila entre el año y los veintisiete años. Como matronas, el rango es entre los dos y doce años. Los resultados a partir de las categorías:
Conocimientos sobre el tema: coinciden que estas muertes se dan durante la gestación y hasta el primer mes de vida sí existen diferencias sobre el inicio del periodo. Dos participantes introducen el término aborto y pérdida temprana, en función de la semana que se produce. Sólo una participante menciona aspectos espirituales. **Acciones en la práctica asistencial:** todas coinciden en la importancia de cuidados basados en el acompañamiento tanto en la mujer como en la pareja. Las acciones: soporte emocional, contacto físico y visual, respeto, observación, escucha activa, ofrecer que vean y cojan a su hijo. Dan importancia a mantener informados a los padres y hacer partícipes de las decisiones. **Percepciones delante de la pérdida:** gran impacto, evasión, proximidad y evolución. **Necesidad de normalizar y sensibilizar de la muerte perinatal a la sociedad para poder facilitar el proceso de duelo de estos padres.** Sentimientos ante la pérdida: sienten tristeza y pena, nervios, enfado y otras lloran o tienen la necesidad de abrazar a esa mujer o pareja. **Necesidades personales de herramientas y habilidades de afrontamiento:** creen que hace falta un espacio para estas familias y mejorar aspectos relacionados con gestión de los entierros de los recién nacidos, los permisos de duelo, el apoyo psicológico hacia estas familias... **Necesidades de formación sobre el tema:** algunas piensan que la experiencia ayuda, pero lo fundamental es la formación y otras piensan que con la experiencia se sabe afrontar mejor las situaciones. Todas comparten que es necesaria más formación.

IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA: la formación de las matronas les aporta conocimientos para poder atender correctamente a las familias ante la pérdida perinatal, siempre sobre una base científica y ética que corrobore que aquellos hechos o actuaciones son beneficiosos para procesar el duelo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Rengel Díaz, C. Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto. *Enfermería Docente* 2010; 91:37-43.
- González Castroagudín, S; Suárez López, I; Polanco Teijio, F; Ledo Marra, MJ; Rodríguez Vidal E. Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cad Aten Primaria* 2013;(19):113-117.
- World Health Organization. (2016). True magnitude of stillbirths and maternal neonatal deaths underreported. [en línea]. [Consultat el 18 de Desembre de 2018]. Disponible a:
<https://www.who.int/news-room/detail/16-08-2016-true-magnitude-of-stillbirths-and-maternal-and-neonatal-deaths-underreported>
- Calderer A; Obregón N; Cobo JV; Goberna J. Muerte perinatal: acompañamiento a mujeres y parejas. *Matronas Prof.* 2018;19(3): e41-e47.
- Mejías Paneque, MC. Duelo perinatal: Atención psicológica en los primeros momentos. *Hygia*, 2012;(79):52-55.
- Mejías Paneque, MC. Abordaje del duelo perinatal. *Metas de Enfermería*, 2011;14(5):58-61.
- Direcció General de Planificació en Salut. Guia d'acompanyament en el dol perinatal. [en línea]. Barcelona; (2016) [Consultat el 18 de Desembre de 2018]. Disponible a:
http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/contingut_responsiu/salutAZ/C/cures_paliatives/documents_prof/dol_perinatal_cat.pdf
- Cobacho de Alba, JJ. Formación y duelo perinatal. *El legado de Candela. Arch Memoria* 2008; (5 fasc 1). [consultat el 05 de Gener de 2019].
- Missió Sant Pau 2019 [en línea]. [consultat el 03 de Gener de 2019]. Disponible a: <http://www.santpau.es/web/public/missio>
- Feria Clemente L. Duelo por la pérdida perinatal. *Metas de Enfermería*, abr 2017;20(3):29-32.
- Carrera, JM. Recommendations and guidelines for perinatal medicine. [en línea]. Barcelona: World association of perinatal medicine. (2007). [Consultat el 20 de Desembre de 2018]. Disponible en:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.174.4818&rep=rep1&type=pdf>

AUTORES/AUTHORS:

Blanca Mayordomo Casado, Esther Aleo Luján, Cristina Valverde Ruíz, Sara Hernández Rodríguez, María del Carmen Esteban Polonio, Irene Serrano García, José Ángel González Sánchez, Ismael Ortuño Soriano, Daniel Muñoz Jiménez

TÍTULO/TITLE:

Resultados de implantación de buenas prácticas en valoración del dolor del paciente pediátrico

INTRODUCCIÓN

En febrero del 2017, el Servicio de Pediatría del Hospital Clínico San Carlos se incorpora al Programa BPSO® y con ello la formación de parte de su personal como impulsores (1).

Se decide la implantación de la Guía de Buenas Prácticas para la Valoración y Manejo del Dolor precisando la participación, evaluación y consenso de los pasos a dar para conseguir tal meta. Gracias a esta iniciativa se han implantado escalas de valoración del dolor con evidencia científica que facilitan y validan nuestro trabajo, permitiendo ver el resultado del mismo al integrarlos en los registros de cuidados (2-4).

Este estudio se realiza con objeto de conocer los cambios que se han producido en relación a la implantación de la citada Guía.

OBJETIVOS

Describir los resultados de la evaluación de los indicadores sobre la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la Unidad de Pediatría, durante la implantación de la Guía de Buenas Prácticas para la Valoración y el Manejo del Dolor de Registered Nurse's of Ontario.

Conocer el uso de las diferentes escalas de valoración, así como la frecuencia de detección y distribución de intensidad del dolor.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal seleccionando una muestra de los pacientes ingresados en la Unidad de hospitalización pediátrica (mayores de 28 días y menores de 18 años) con estancia mínima de 24 horas y cuya fecha de alta estuviese comprendida entre enero de 2018 y marzo de 2019. Se empleó muestreo consecutivo de pacientes dados de alta los últimos 3 días hábiles de cada mes.

Las variables fueron edad, sexo, especialidad pediátrica de ingreso, estancia hospitalaria, detección y registro del dolor al inicio de los cuidados (primeras 24 horas tras ingreso), presencia, origen, intensidad al inicio e intensidades máximas y mínimas durante el ingreso y escalas.

Las escalas para valoración del dolor que se han tomado como variables a estudiar son las de valoración subjetivas: EVA y Wong Baker y la de valoración observacional: Llanto (5-9)

Los datos se recopilaron mediante revisión de los registros de enfermería y se incorporaron a una base de datos "ad hoc" para el análisis de indicadores. La descripción de las variables se realizó mediante mediana y rango intercuartílico para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. Para el análisis estadístico se empleó SPSS v15.

RESULTADOS

El estudio duró 15 meses y como resultado de las principales estrategias de implantación desarrolladas durante ese período de

tiempo se formaron como impulsores a 19 profesionales de enfermería, un 45'2% de la plantilla de la unidad y 1 facultativo. Se ha desarrollado una estructura de responsables por áreas pediátricas y se han implantado las escalas Wong Baker y Llanto iniciando su integración en los registros de cuidados.

Como resultados de la evaluación de indicadores sobre la valoración del dolor en pacientes hospitalizados en la Unidad de Pediatría, obtuvimos una muestra de 181 pacientes, según los criterios de inclusión, de los cuales la mediana de edad fue de 4 años, encontrándose el 50% entre el año y los 10'5 años (RI=1-10'5). La división por sexos fue de 81 femenino (44'8%) y 100 masculino (55'2%). La distribución de los servicios de la Unidad de Pediatría estudiados con sus pacientes adscritos fue: Pediatría 135 (74'6%), Cirugía general 24 (13'35), Otorrinolaringología 9 (5%), Oftalmología 6 (3'3%), Traumatología 4 (2'2%) y Neonatología 2 (1'1%). La detección del dolor al inicio de los cuidados fue registrada en 169 casos (93'4%), de entre los cuales no hubo presencia de dolor en 133 pacientes (78'7%), se detectó dolor leve (1-2) en 23 (13'6%), moderado (3-5) en 8 (4'7%) e intenso (6-8) en 5 (2'9%). La evaluación de la intensidad máxima del dolor durante la estancia sobre n=180 mostró que el 55% no tuvo dolor, el 15'5% presentó dolor leve, el 18'8% alcanzó dolor moderado, el 10% llegó al dolor intenso y 0'5% sintió un dolor insoportable. Las escalas más utilizadas fueron las de valoración subjetiva, en 96 ocasiones (EVA/Wong Baker), frente a las 85 de la Escala Llanto.

Durante los meses de implantación de la Guía incluidos en este estudio, se estimó un incremento acumulado del 22'2% detección del dolor al ingreso y un aumento acumulado del 12'5% de niños sin dolor.

DISCUSIÓN

La implantación de buenas prácticas, en valoración del dolor pediátrico, ha fomentado la formación de los profesionales de enfermería, ha permitido definir y difundir procedimientos, consensuar el uso de las diferentes escalas, medir los resultados de dichas prácticas y disminuir el dolor de los pacientes pediátricos hospitalizados.

Pese a ser muy positivos, los resultados muestran la importancia de seguir aumentando el número de impulsores, principalmente facultativos, y la necesidad de plantear nuevas estrategias para mejorar la aplicación sistemática de cuidados basados en evidencia a la práctica clínica, así como la cumplimentación de los registros asociados.

Este trabajo ha utilizado parcialmente datos y metodología del Programa de CCEC®. Dicho Programa está parcialmente financiado por el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs. Los autores manifiestan no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno-Casbas T, del Río Faes C, Albornos-Muñoz L, Escandell-García C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *Enferm Clin.* 2011; 21(5):275-83.
2. Grinspun D, McConnell H, Virani T, Squires JE. "Forging the Way with Implementation Science." En: Grinspun D, Bajnok I, eds. *Transforming Nursing through Knowledge: Best Practices for Guideline Development, Implementation Science, an Evaluation.* 2018. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing. p. 95-113.
3. Moreno-Casbas T. Perspectives: Implementation strategies to adopt and integrate evidence-based nursing. What are we doing? *Journal of Research in Nursing.* 2015; 20(8):729-33.
4. Muñoz-Jiménez D. De la Enfermería basada en la evidencia a la práctica asistencial: la evaluación de resultados como elemento integrador [Editorial]. *Enferm Clin.* 2018; 28(3):149-53.
5. Malmierca-Sánchez F, Pellegrini-Belinchon J, Malmierca AJ. Valoración del dolor en pediatría. *Pediatría Integral.* Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, 2008. Ergon: Madrid. Disponible en: https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/01/DOLOR_Valoración.pdf

6. Reinoso-Barbero F, Ramón AL, Fuente MD, García GC, Parga LC. Escala LLANTO: instrumento español de medición del dolor agudo en la edad preescolar. *Anales de pediatría*, 2011; 74(1): 10-14.
7. Asociación de Enfermeras de Ontario. Guía de buenas prácticas clínicas. Valoración y manejo del dolor. 2013 (3ªed). Toronto. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0030_BPG_Pain_2013.pdf
8. Sánchez-Rodríguez E. La evaluación de la intensidad del dolor infantil. Del formato tradicional al formato electrónico [Tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/400874/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Tomlinson D, von Baeyer CL, Stinson JN, Sung L. A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. *Pediatrics*, 2010; 126(5):e1168-e1198. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/126/5/e1168.full.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Gutiérrez Juárez

TÍTULO/TITLE:

El empoderamiento en paciente pediátrico y su familia: cuidados para la mejora en la calidad de vida en el domicilio.

El paciente pediátrico que por su estabilidad clínica puede continuar su tratamiento en el domicilio, puede beneficiarse de cuidados específicos proporcionados por su familia. Durante el proceso de hospitalización, las enfermeras, como profesionales que atienden al paciente/familia desde su función asistencial, de prevención de enfermedad y promoción de la salud, ponen en práctica procedimientos de Educación para la Salud (EpS). Son enseñanzas teórico-prácticas a la familia y/o cuidadores, empoderándolos de cara al domicilio para poder dar respuesta a las necesidades del paciente. Un programa de capacitación para las familias de niños que precisan de cuidados específicos en el domicilio, tiene como principal objetivo el aumentar la calidad asistencial, estandarizar la información brindada por los distintos profesionales, fomentar la continuidad asistencial y asegurar que una vez en el domicilio el cuidador principal ha adquirido el conocimiento necesario para dar respuesta a las necesidades de su hijo/a.

La capacitación para la alimentación por sonda nasogástrica (SNG) incluida en el Programa de Nutrición Enteral Domiciliaria (NED) es una de las más relevantes por el gran número de pacientes pediátricos hospitalizados que la requieren, y por la satisfacción de las familias al poder responder a los requerimientos nutricionales de su hijo en su domicilio.

La aceptación del programa de capacitación por parte de los padres es asumir la responsabilidad de estos cuidados y la presunción de la mejora de la calidad de vida para el paciente (calidad de vida pediátrica, CVP), es decir, una calidad de vida igual o mejor que en el hospital. Algunos autores (Calderón et al., 2010), ya exponen que además del diagnóstico de la enfermedad crónica, la angustia del cuidador principal, que en la mayoría de los casos es la madre, puede suponer una perturbación para el bienestar familiar, además de interferir en la calidad en los cuidados, siendo esencial planificar de manera específica un apoyo psicosocial.

Es determinante conocer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) puesto que estas familias presentan unas necesidades específicas de gran repercusión:

“Las familias tienen necesidades especiales y la valoración de la CVP obliga a tener en cuenta no sólo aspectos físicos de la enfermedad, a los que se deberá agregar los emocionales, sino también la repercusión sobre la familia y su entorno social y comunitario, y aún más: la proyección en el futuro” (Cruz Hernández, 2001)

¿Qué sabemos sobre cómo viven las familias esta situación? Según un estudio sobre Calidad de Vida en la Relación a la Salud (CVRS) realizado a cuidadores de pacientes con dificultad en la comunicación y con soporte nutricional domiciliario por el Grupo de trabajo en Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (NADYA-SENPE),

“La valoración del cuidador es de utilidad para disponer de una aproximación a la percepción del paciente cuanto éste no tienen capacidad para comunicarse, y constituye la mejor aproximación si se tienen en cuenta variables como el sexo, el grupo patológico, la edad del cuidador y la evaluación de los cambios de salud del paciente en los últimos 12 meses” (Wanden-Berghe et al., 2008)

Desde este contexto surge el interés por estudiar las vivencias de estas familias.

Objetivo: conocer la experiencia de las familias de niños con NED por sonda nasogástrica durante los primeros días de asistencia en el domicilio, en relación a la capacitación que se les ofrece desde el hospital.

Método: estudio cualitativo de orientación fenomenológica e interpretativa. La muestra es intencional y de conveniencia, realizando entrevistas de manera individual semiestructurada, hasta saturación de datos y a un total de 8 familias. Los participantes fueron reclutados a través del archivo de pacientes que formaron parte del "Programa de capacitación nen/familia en Alimentación Enteral a Domicili".

Resultados: Las familias que reciben formación para ofrecer cuidados relacionados con la salud a sus hijos, aprenden la autonomía y corresponsabilidad en la atención y abordaje de las diferentes necesidades de sus hijos. En las entrevistas en profundidad se pusieron en valor aspectos como: el bienestar del paciente/familia, su seguridad y el manejo de las emociones en el cuidado.

Discusión: La formación a las familias precisa de un tiempo y dedicación minimizando los riesgos. Es prevalente la seguridad del paciente, que viene condicionada por la calidad en la transmisión de los conocimientos. Se hace necesario hacer llegar el aprendizaje, de una forma práctica y didáctica, además de salvar barreras culturales e idiomáticas. Las enfermeras son el profesional experto para ofrecer seguridad y calidad. No obstante, la implicación en estos programas representa un hándicap para el conjunto de profesionales por las cargas laborales difíciles de sobrellevar. Este análisis de la experiencia del paciente y su familia, permite conocer el alcance de la acción formativa a las familias y su repercusión en el ámbito del bienestar. Un nuevo enfoque y diseño -priorizando algunas necesidades de la organización-, puede ayudar a mejorar la calidad formativa que han de recibir usuarios y familia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Calderón, C., Gómez-López, L., Martínez-Costa, C., Borraz, S., Moreno-Villares, J., & Pedrón-Giner, C. (2010). Feeling of burden, psychological distress, and anxiety among primary caregivers of children with home enteral nutrition. *Journal of Pediatric Psychology*, 1-8.

Cruz Hernández, M. (1 de 2001). Calidad de vida en pediatría. *Medicina Clínica*, 116(15), 575-577.

Wanden-Berghe, C., Nolasco, A., Planas, M., Sanz-Valero, J., Rodríguez, T., Cuerda, C., y otros. (2008). Health-related quality of life according to the main caregiver in patients with home nutritional support. *Medicina clínica (Barc)*, 131(8), 281-284.

AUTORES/AUTHORS:

Clara Isabel Tejada Garrido, María Estela Colado Tello, Ana Palacios Ramos, María Lourdes Basurto Sáez, Carmen Urbina Bravo

TÍTULO/TITLE:

Autopercepción de la imagen corporal y su relación con el peso real y la satisfacción en escolares

En los países industrializados, las deficiencias nutricionales graves en la infancia prácticamente han desaparecido; sin embargo, en el curso de los últimos años se ha incrementado la prevalencia de la obesidad infantil.

Este problema se acentúa si se tiene en cuenta que presentar sobrepeso u obesidad en la infancia constituye un factor de vulnerabilidad para seguir siéndolo en la edad adulta (1).

En los últimos años diferentes investigaciones centradas en la obesidad infantil han abierto sus estudios a variables psicológicas como la imagen corporal. Diferentes estudios indican que la mayoría de los adolescentes quieren cambiar su imagen corporal y presentan una alta insatisfacción con respecto a la misma (3) (4).

La imagen corporal es un constructo dinámico que varía a lo largo de la vida y que puede ser modificable. Conocer la relación entre la satisfacción de la imagen corporal y el estado nutricional nos permitirá mejorar las intervenciones preventivas y/o curativas de la obesidad infantil.

OBJETIVOS

Evaluar la percepción del estado nutricional de escolares a través de medidas objetivas (percentil) y medidas subjetivas (test de imágenes).

Evaluar la satisfacción por su imagen corporal en escolares a través de un test de imágenes.

MÉTODO

El presente trabajo forma parte de una investigación más amplia sobre la percepción parental del estado nutricional de sus hijos en edad escolar.

Nuestro estudio es de tipo cuantitativo observacional. El estudio estuvo dirigido a escolares de sexto curso de Educación Primaria con edades comprendidas entre 11 y 13 años.

Después de obtener el consentimiento firmado de los progenitores, se pesó y talló a los escolares. Terminadas las mediciones se les pidió que completaran el test de imágenes de Warschburger Kröller, marcando la imagen que consideraban que correspondía con su imagen cuando se miraban al espejo y a cuál de las imágenes les gustaría parecerse.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 351 escolares de entre 11 y 13 años de edad de sexto curso de Educación Primaria. El 29,7% de los escolares presentan sobrepeso (15,5%) u obesidad (14,2%), encontrando diferencias entre los chicos (36,4%) y las chicas (29,2%). En el análisis descriptivo la mayoría de los escolares con sobrepeso y obesidad tienen una autopercepción errónea de su peso en relación a su percentil, infravalorando él mismo. En relación con la variable satisfacción de su imagen corporal observamos que el 50,3% está satisfecho con su imagen corporal tanto en chicos como en chicas.

El análisis bivariado nos muestra una asociación estadísticamente significativa al aplicar la Tau-b de Kendall entre las variables clasificación del percentil de la OMS ($T=14.179$; $p<.000$) y percepción por imágenes del peso y entre las variables satisfacción de la imagen corporal y el estado nutricional ($T= -6.279$; $p<.000$).

DISCUSIÓN

Nuestra investigación buscaba evaluar la relación entre la percepción real del estado nutricional de los escolares entre 11 y 13 años y la autopercepción de su cuerpo, así como evaluar su satisfacción con su imagen corporal.

En cuanto a la coincidencia entre la percepción del peso informado y del peso real, sólo el 14% de los escolares eligen la figura

adecuada a su percentil y la mayoría infravalora su peso eligiendo en su mayoría figuras de categorías inferiores a la suya. Estos resultados son similares a los encontrados por Oliva-Peña y sus colaboradores (5). Esta elección puede ser un reflejo del deseo social por las figuras más delgadas que ya desde edades muy tempranas impregna a nuestros menores. En la misma línea que el estudio realizado por Orgilia y Zurro (6) encontramos que los escolares perciben su imagen corporal real como un estado nutricional normal (37.8%). Y similar a otros estudios realizados, la cantidad de escolares que eligieron la figura de sobrepeso y obesidad fue mínima (2.7%) (6) (7).

En relación con la satisfacción con su imagen corporal podemos decir que la mitad de los niños y niñas de entre 11 y 13 años están satisfechos con su imagen corporal. Si comparamos nuestros resultados con otros estudios que han valorado la satisfacción por la imagen corporal, pero en edades superiores (8) (9), encontramos que esta variable cambia de signo y es la insatisfacción por la imagen corporal lo predominante, siendo mayor en el grupo de las chicas. Estos datos nos hacen sospechar que en algún momento entre la niñez y la adolescencia la valoración de la imagen corporal se modifica pasando a ser más negativa. A su vez, los resultados nos muestran una relación inversa entre el valor del percentil y el grado de satisfacción con su imagen. Así a mayor percentil menor satisfacción con su imagen. Encontrándose coincidencias en esta conclusión con los estudios mencionados anteriormente.

Es importante conocer, antes de iniciar cualquier intervención enfermera de tipo preventivo o de tratamiento, cómo perciben los niños y niñas su peso tratando de disminuir las diferencias entre la imagen corporal real e ideal.

Este estudio fue financiado por la Fundación Rioja Salud, España, y cofinanciado por la Unión Europea a través del Programa Operativo del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER-La Rioja), España, código 6FRSABC020, "Una manera de hacer Europa"

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bernal Becerril ML., Ponce Gómez G., Sotomayor Sánchez SM., Carmona Mejía B. Impacto de una intervención educativa en escolares y madres de familia para la disminución de sobrepeso. *Enf Neurol (Mex)* 2012; 11(2):63-67
2. Cruzat-Mandich C, Díaz-Castrillón F, Lizana Calderón P, Aravena Winkler M, Haemmerli Delucchi C. Diferencias en imagen corporal de jóvenes con normopeso y con sobrepeso/obesidad. *Nutr Hosp* 2017;34:847-855. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.824>
3. Fabián Núñez Avilés. Estudio de la satisfacción de la imagen corporal en educación primaria. Relaciones con la actividad física y el nivel de condición física de los escolares, [tesis doctoral]. Málaga: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga; 2015.
4. Oliva-Peña Y, Ordóñez_Luna M, Santana-Carvajal A, Marín-Cárdenas AD, Andueza Pech G, Gómez Castillo IA. Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán. *Biomédica*. 2016; 27:49-60.
5. Orgilia A del V, Zurro F. Percepción y satisfacción de la imagen corporal según estado nutricional en niños de 5º y 6º grado [tesis de pregrado]. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina; 2016.
6. Ortega MA, Zurita F, Cepero M, Torres B, Ortega M A, Torres J. La percepción e insatisfacción corporal en el alumnado de Educación Secundaria de la ciudad de Jaén. *Revista Investigación en Educación*. 2013; 11(2):123-129.
7. Pérez Izquierdo JO, Chuz Burgos A. Autopercepción de la imagen corporal y alimentaria en escolares y adolescentes rurales. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2009; 15(4): 200-206
8. Enríquez Peralta RE, Quintana Salinas MR. Autopercepción de la imagen corporal y prácticas para corregirla en adolescentes de una institución educativa, Lima-Perú. *An Fac med*. 2016;77(2):117-122

AUTORES/AUTHORS:

BLANCA TORROGLOSA VILLAFRUELA, DANIEL CATALINA PALOMARES, LUCIA PEREZ PEREZ, SERGIO FERNANDEZ VAQUERIZO

TÍTULO/TITLE:

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES RESPECTO AL VIH. INTERVENCIÓN ENFERMERA

OBJETIVOS

Objetivo principal:  Averiguar y mejorar los conocimientos y actitudes que poseen los alumnos de 3º de la ESO sobre el VIH/sida para justificar la necesidad de impartir educación sanitaria al respecto.

Objetivos específicos:  Evaluar el nivel de conocimientos y el tipo de actitudes respecto al VIH/sida de la muestra poblacional seleccionada, previo y posterior a una adecuada formación educativa.  Mejorar, afianzar y modificar los conocimientos y ciertas actitudes respecto al VIH/sida de la muestra poblacional seleccionada, a través del diseño e impartición de un taller educativo.

DESARROLLO

Diseño. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, experimental y prospectivo.

Población y muestra. La selección de la población objeto de estudio se llevó a cabo en cuanto a la media de edad de inicio de las primeras relaciones sexuales en España, lo que se traduce en adolescentes de entre 14 y 15 años.

Se realizó un muestreo aleatorizado por conglomerados, obteniéndose finalmente una muestra de 110 alumnos de 3º de la ESO.

Criterios de Inclusión y Exclusión. Se incluyeron en el estudio todos aquellos sujetos de edades comprendidas entre 14 y 15 años matriculados en el curso 3º de la ESO, que decidieron voluntariamente participar en el estudio. Se excluyeron del estudio a todos aquellos sujetos comprendidos en el rango de edad anteriormente citado que no estaban matriculados en 3º de secundaria, así como aquellas encuestas con errores en la cumplimentación.

Procedimiento. El estudio fue desarrollado en varias etapas correctamente diferenciadas entre sí, entre noviembre de 2018 y mayo de 2019.

Etapas I: Búsqueda bibliográfica y preparación del estudio

Etapas II: Desarrollo del estudio

- Cumplimentación de las encuestas pre-taller.
- Análisis estadístico: conocimientos y actitudes en encuesta pre-taller.
- Preparación del taller educativo.
- Impartición del taller educativo sobre el VIH/sida.
- Cumplimentación de las encuestas post-taller.
- Análisis estadístico de conocimientos y actitudes en encuesta post-taller.

Etapas III: Análisis estadístico comparativo.

RESULTADOS

Análisis de los resultados antes de la intervención educativa.

De los 101 alumnos de 3º de la ESO que cumplimentaron adecuadamente la encuesta pre-taller, el 44,55% eran hombres (n=45) y el 55,45% eran mujeres (n= 56), siendo la distribución del rango de edad la siguiente: alumnos de 14 años (84%), 15 años (15%) y 16 años (1%), con una edad promedio de 14,17.

Todos los adolescentes encuestados habían oído hablar alguna vez sobre el VIH/sida, y la mayoría afirmaron se puede adquirir al

mantener relaciones sexuales desprotegidas con una persona infectada, considerando el preservativo, el único método anticonceptivo capaz de prevenir el contagio. Sin embargo, existe confusión en cuestiones referentes al microorganismo causante de la infección o al sistema del cuerpo humano principalmente afectado. A pesar de ello, el nivel de conocimientos de los estudiantes en el bloque de preguntas básicas, fue adecuado, obteniéndose una nota media de 8,46 (DT 1,6), catalogada como “notable alto”. Los adolescentes demostraron un conocimiento deficiente en el bloque de preguntas complejas, obteniéndose un valor inferiormente significativo respecto al bloque anterior, con una nota media de 5,17 (DT 1,7), catalogada como “aprobado”. En definitiva, los alumnos obtuvieron una nota media en ambos bloques de preguntas de 6,81 (DT 2,31), catalogado como “bien alto”.

· Actitudes y creencias

Se han detectado opiniones y actitudes contradictorias sobre la aceptación o rechazo social hacia los infectados.

Análisis de los resultados después de la intervención educativa.

En la encuesta post-taller el grado de conocimientos de los estudiantes fue claramente superior, tanto en el bloque de preguntas básicas, como en el bloque de preguntas complejas, observándose una nota media de 9,71 (DT 0,824), y una nota media de 9,22 (DT 0,989) respectivamente, siendo la nota media de ambos bloques 9,48 (DT 0,935); catalogado “sobresaliente”.

Lo que supone un aumento medio de 2.68 puntos con respecto a la nota media pre-taller.

CONCLUSIONES

Tras el desarrollo del presente TFG, se concluye que:

• El nivel de conocimientos que presentan los estudiantes de 3º de la ESO respecto al VIH/sida es limitado, insuficiente y en determinadas circunstancias erróneo. De la misma manera, se han identificado posturas positivas y negativas en relación a las actitudes que adoptarían los adolescentes si tuviesen que tratar o convivir con una persona seropositiva.

• Al aplicar una actividad motivacional de educación para salud dirigida a una muestra poblacional específica, se produce un alto grado de participación y confianza entre los alumnos. De esta manera, se evidencia que la impartición de sesiones educativo-participativas permite que los nuevos conocimientos y actitudes adquiridos por los adolescentes se lleven a la práctica y perduren en el tiempo.

• A la vista de los resultados obtenidos, se concluye, que los adolescentes alcanzaron un alto nivel de conocimientos y mejora en actitudes, lo que demuestra la efectividad de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Nota descriptiva. VIH/sida [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2018 [citado 5 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/hiv-aids>
2. Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2017 [Internet]. UNOSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2018 [citado 5 marzo 2019]. Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org>
3. Chávez Rodríguez E, Castillo Moreno R. Revisión bibliográfica sobre VIH/sida. Rev

Multimed [Internet]. 2013; 17 (4): 401-423.

4. Galindo Puerto MJ, Font Canals R, Toledo Pallares J, Camacho Espejo A, del Arco Jiménez A, Pérez Elías MJ et al. Documento informativo sobre la infección por el VIH [Internet]. SEISIDA; 2017 [citado 10 marzo 2019]. 40 p. Disponible en:

http://www.seisida.es/documento_informativo_infeccion_vih_profesionales.pdf

5. Lamotte Castillo JA. Infección por VIH/sida en el mundo actual. Rev Medisan [Internet]. 2014; 18 (7): 993-1013.

6. Sebastian L, Nelson AM. HIV and the spectrum of human disease. J Pathol [Internet]. 2015; 235: 229–241.doi: 10.1002/path.4449

7. Vigilancia epidemiológica de nuevas infecciones por VIH CyL [Internet]. Servicio de epidemiología de Salud pública. Consejería de Sanidad; 2017 [citado 10 marzo 2019]. 16p. Disponible en:

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/informacionepidemiologica/red-vigilancia-epidemiologica-castilla-leon>

8. Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España 2017. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH. Actualización 2018 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Centro nacional de epidemiología; 2018 [citado 10 marzo 2019]. 43p. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/sida/InformeVIHSIDA201821112018.pdf>

9. Morán Arribas M, Rivero A, Fernández E, Poveda T, Caylà J. Magnitud de la infección por VIH, poblaciones vulnerables y barreras de acceso a la atención sanitaria. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2018; 36 (Supl 1): 3-9.

10. Nota de prensa. Boletín digital [Internet]. GeSIDA; 2018 [citado 9 marzo 2019]. Disponible en: <http://gesida-seimc.org/boletin.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

Jordi Torralbas Ortega, Marta Caparrós Capdevila, Joaquim Puntí Vidal, Lidia Torrent Solà, Igor Merodio Ruiz, Nuria Reina López, Joan Blanco Blanco, Mónica Hernández Carabias, Maria Sanchez Fernández

TÍTULO/TITLE:

Trastorno del Espectro Autista: variación de género y tendencia sexual en adolescentes.

Objetivos

Explorar las relaciones existentes entre la variación de género y orientación sexual en adolescentes con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA).

Describir el papel de la enfermera en el abordaje del niño o adolescente TEA con variación de género.

Metodología

Estudio descriptivo de los datos obtenidos de los adolescentes atendidos en la Corporació Parc Taulí de Sabadell, de entre 12 a 18 años, a los que se les administró la escala Sexual Behavior Scale -III (Hancock, 2017) en que parte de las preguntas recogidas fueron las de percepción de género y de tendencia sexual.

Resultados

Desde hace unos años existe la hipótesis de relación entre autismo y disforia de género (angustia por el desajuste entre el género asignado e identificado). Algunos estudios habían planteado que la prevalencia de la disforia de género en el grupo con autismo era muy superior y se enfocaron otros estudios sobre la presencia de rasgos autistas en la población transgénero o con disforia de género, en muestras reducidas de personas voluntarias. Estos estudios fueron cuestionados posteriormente.

Actualmente se han obtenido datos de 58 adolescentes con edad media de 16.1 años (SD 1.4), en su mayoría de sexo masculino biológico (82.8%). Se describirán sus características principales.

El 14% manifiestan inquietud de variación de género, que trasladan a su forma de vestir o de expresarse ante los demás. Solo dos de ellos se han diagnosticado como Disforia de Género (angustia por el desajuste entre el género asignado a una persona al nacer y el género con el que se identifican).

Independientemente a estos datos, el 17.2% definen su tendencia sexual como no heterosexual: bi-, homo-, a- y pansexuales, por orden de frecuencia. En los 10 casos de mujeres, tres refieren una tendencia sexual distinta a la heterosexualidad (30% frente al 11.1% de la población general) y entre los adolescentes con sexo masculino asignado, el 14.5% manifiestan una tendencia distinta a la heterosexualidad (14.4% en población general).

Discusión

Algunos estudios han planteado que la prevalencia de la disforia de género en el grupo con autismo era muy superior a la de la población general. También se enfocaron otros estudios sobre la presencia de rasgos autistas en la población transgénero o con disforia de género, en muestras reducidas de personas voluntarias.

La coincidencia entre el autismo y la diferencia de género varían ampliamente debido a que el campo de investigación sigue creciendo: entre el 6 y el 26 por ciento de las personas con diferencia de género cumplen con los criterios de autismo total o parcialmente, por el contrario, entre el 4 y el 8 por ciento de las personas con autismo presentan variación de género. En nuestra escasa muestra esta proporción es mayor.

George (2017) afirma que la no heterosexualidad es más frecuente en la población autista, en proporciones mayores que en nuestra muestra.

En los estudios de Leibowitz (2016) y Luque (2018) se señala la importancia de la multidisciplinarietà de la intervención en personas con inquietudes relacionadas con el género y orientación sexual. Se incide en las intervenciones en pro de la salud mental y física. Las enfermeras participan en la detección y modulación de las dificultades presentadas por los niños y adolescentes con

rasgos o diagnóstico TEA: terapia de apoyo, análisis del entorno social, análisis de las dificultades familiares, resolución de problemas y desarrollo de estrategias de afrontamiento ante las adversidades y el estigma, indicación de prótesis de ayuda a la identificación de género, ayuda ante los cambios corporales y adecuación de perspectivas.

Actualmente este dato no se recoge de forma sistemática en la valoración de Enfermería ni se valora tan extensamente, pero a la luz de los datos debemos plantearnos incluirlo de forma metódica en las visitas de seguimiento de la enfermera especialista de salud mental o la de familiar y comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Nabbijohn AN, van der Miesen AIR, Santarossa A, Peragine D, de Vries ALC, Popma A, et al. Gender Variance and the Autism Spectrum: An Examination of Children Ages 6--12 Years. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3843-z>
2. Turban JL, van Schalkwyk GI. "Gender Dysphoria" and Autism Spectrum Disorder: Is the Link Real? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2018;
3. Janssen A, Huang H, Duncan C. Gender Variance Among Youth with Autism Spectrum Disorders: A Retrospective Chart Review. *Transgend Health*. 2016;1(1):63-68.
4. Strang J, Janssen A, Tishelman A, et al. Revisiting the Link: Evidence of the Rates of Autism in Studies of Gender Diverse Individuals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018; 57(11):885-887.
5. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläjäarvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9:9.
6. de Vries AL, Noens IL, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Dev Disord*. 2010;40(8):930-6.

Mesa de Comunicaciones 7: Práctica Clínica

Concurrent Session 7: Clinical practice

AUTORES/AUTHORS:

Elena Gurková, Renáta Zeleníková, Darja Jarošová

TÍTULO/TITLE:

HOSPITAL SAFETY CULTURE AMONG NURSES FROM FOUR CENTRAL EUROPEAN COUNTRIES

Objectives. The objectives of the study were to investigate and compare nurses' perceptions about the safety culture in four selected central European countries and to determine relationship between demographics, hospital, nursing care variables and outcome dimensions of safety culture.

Methods. A descriptive correlation, cross-sectional design was used in this study focused on patient safety in Central European countries. The sample comprised 1353 nurses from 21 hospitals: 438 from Croatia; 356 from Slovakia; 306 from the Czech Republic; and 253 from Poland. More than half of the participating nurses (52.2%) had professional education to the level of baccalaureate degree and above. The mean duration of professional experience was 15.9 years (± 10.87). More than half of the nurses worked in general non-teaching hospitals (53.4%), and hospitals with more than 600 beds (50.2%). The following instruments were used in data collection: demographic data; the Hospital Survey on Patient Safety Culture (Sorra & Nieva, 2004). Statistical analysis involved group comparisons, correlation and multiple regression analyses for determining the relationships between the variables.

Results. The descriptive results revealed strengths and weakness of safety climate in a network of Central European hospitals from nurses' perspective. Consistent with previous studies, most hospitals in all four countries have high scores in items of the dimension teamwork within units (Hamaideh 2017; Reis, Paiva, & Sousa, 2018; Wagner et al., 2013). Significant differences were found between countries in all unit, hospital and outcome dimensions of hospital safety culture. In Croatia and Poland, the highest positive score was in the dimension of teamwork within units. The dimension with the highest average percentage positive responses in the Slovak and in the Czech sample was feedback and communication about error. The dimensions with the lowest average percentage positive responses and with a potential for patient safety improvement in all four countries were staffing; management support for patient safety; teamwork across units; non-punitive response to error.

The overall perception of patient safety by nurses was associated with seven dimensions of patient safety culture, explaining a total of 38.7% of variance. However, organizational learning – continuous improvement was identified as the significant predictor of the overall perception of patient safety, explaining a total of 24.6% of the variance. The percentages of variance explained by other dimensions were low (ranging from 1 - 8% of variance). The nurses who perceived more organizational learning – continuous improvement had more positive overall perceptions of patient safety.

The frequency of events reported was predicted by four dimensions of safety climate, explaining 21.4% of variance. The frequency of events reported was strongly influenced mainly by feedback and communication about error, explaining a total of 18.5% of the variance. The percentages of variance explained by other three dimensions were low. The more feedback and communication about errors perceived by nurses, the more frequently they reported adverse events.

Discussion. Lower scores were identified in this study in comparison with findings concerning specific areas of strengths in the recent meta-analysis and systematic review of the studies in which the Hospital Survey on Patient Safety Culture was employed (Okuyama, Galvao, & Silva, 2018; Reis, Paiva, & Sousa, 2018). In addition, cross-cultural comparisons allow us to examine differences and similarities in safety dimensions across countries. Nurses from each participating country can compare the strengths and weaknesses of their safety climate and obtain a deeper insight into nurses' attitudes about various aspects of patient safety. Assessment of existing safety culture is an important opportunity to obtain a better insight into problematic attitudes, practices in hospitals. A weak area in all four countries was the dimension of staffing, reflecting the continuing shortage of nurses in Central European countries. Despite broad implementation of various incident-reporting systems in acute hospital settings in Central European countries, and the emphasis on shifting from a culture of blame to a just culture, the findings of this study indicate that non-punitive response to error has not dislodged the culture of blame that still prevails in these countries. The findings of this study also confirmed that maintaining a safety climate by providing feedback about errors is positively related to the frequency of event reporting. Organisational learning - continuous improvement has been found as the dimension that is most strongly associated with the overall perception of patient safety. Open and transparent reporting of near misses and adverse events promotes organisational learning and reduces the possibility of reoccurrence (Kirwan, Matthews & Scott, 2013). It is cardinal for health care providers to underline the learning potential

from errors, incidents as well as from near misses. Considering errors and adverse events as personal failures can result in underreporting. In the context of nursing care, strategies focused on leadership supporting open communication about errors, blame free and organizational learning are needed to improve hospital patient safety and reporting adverse events in Central European countries.

Conflict of Interest Statement

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research and authorship.

Acknowledgement

Research study was supported by COST OC-2015-2-20085 Rationing-Missed Nursing Care: An international and multidimensional problem and INTER-COST LTC18018 Nursing care rationing as related to nurses' perceptions of professional practice environment.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Hamaideh, S.H. (2017) Mental Health Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Psychiatric Settings." *International Nursing Review*, 64 (4), 476-485. doi: 10.1111/inr.12345.

Kirwan, M., Matthews, A., & Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal Of Nursing Studies*, 50(2), 253-263.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020>.

Okuyama, J. H. H., Galvao, T. F., & Silva, M. T. (2018). Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Scientific World Journal*, 2018, 1-11.

<https://doi.org/10.1155/2018/9156301>.

Reis, C.T., Paiva, S.G. & Sousa, P. (2018) "The Patient Safety Culture: A Systematic Review by Characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture Dimensions." *International Journal For Quality In Health Care*, 30 (9), 660-677. doi: 10.1093/intqhc/mzy171.

Sorra, J. & Nieva, V.F. (2004) "Psychometric Analysis of the Hospital Survey on Patient Safety. Technical Report Delivered to the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)." AHRQ Publication No. 04-0041. Agency of Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

Wagner, C., Smits, M., Sorra, J. & Huang, C.C. (2013) "Assessing Patient Safety Culture in Hospitals across Countries." *International Journal for Quality in Health Care*, 25 (3), 213-221. doi: 10.1093/intqhc/mzt024.

AUTORES/AUTHORS:

Francesco Germini, Elsa Vitale, Maria Luisa Ciurlia, Rosa Silvia Fortunato, Anna Rotella, Saverio Ventura, Teresa Scagliola, Rosa Martiradonna

TÍTULO/TITLE:

THE EMPOWERMENT PERCEIVED BY ITALIAN NURSES: RESULTS OF A SURVEY

There are several organizational factors that can affect the delivery of high quality care, and perceived empowerment is an element that can attract and retain the most motivated and competent nurses.

AIM

Evaluate the level of Empowerment perceived by Italian nurses

METHODS

The evaluation was carried out with the "Work Effectiveness Questionnaire II", based on the Kanter theory, which defines the Empowerment "the ability of an individual to access and mobilize the resources necessary to achieve the set objectives". The questionnaire consists of 19 items that explore 6 subscales: "opportunity", "support", "formal power", "information", "resources", "informal power".

The questionnaire was administered on the internet on social media channels in the period February - March 2019.

RESULTS

95 nurses answered the questionnaire, 77.5% women, 22.5% men, range 22 - 66 years, mean 45.6, DS 11.2. 25.8% were trained before the transition to academic training. 80.8% have achieved advanced training qualifications, 36.5% have a second level degree, 5.8% a doctorate. About the work area, 58.9% work in a university hospital, 26.7% in a local health company, 12.2% in a private hospital and 2.2% in a research hospital (IRCCS).

About "opportunity" scale, the items "situations in which to test yourself", "possibility of acquiring new skills" and "tasks in which to put your skills at stake" have, on a scale from 1 to 5, a mean of 3.01. About "support" scale, the items "specific information with respect to what you can do", "regarding what you could improve" and "suggestions for problem solving" have, on a scale from 1 to 5, a mean of 2.56. About the "formal power" scale, the entries "awards obtained for innovations", "required flexibility" and "visibility that the organization recognizes" have, on a scale from 1 to 5, a mean of 2.21, even if the answers "no recognition" and "no visibility" were 30% higher. About the "information" scale, the items "information on the hospital situation", "management principles and values" and "management objectives" have a mean of 2.03 on a scale from 1 to 5, although the response "no information on management objectives" was 35% higher. About the "resources" scale, the items "time to do routine work", "time to do things well" and "availability of help when needed" have, on a scale from 1 to 5, a mean of 2.32. About the "informal power" scale, the items "collaborate with doctors", "be consulted by colleagues", "be consulted by management" and "consult with other professionals other than doctors" have, on a scale from 1 to 5, a mean of 2.41, with more than 40% of nurses who have never been consulted by the management for problem solving.

DISCUSSION

The data shows how nurses' perception of corporate empowerment is generally low. In particular, they complain of a lack of recognition and visibility on the part of the hospital, lack of dissemination of management objectives and management disinterest in involving nurses in solving problems.

It would be very important to organize pathways to improve corporate empowerment by providing greater transparency and involvement of nurses in all organizational processes of the hospital.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Khan BP, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Staff Nurses' Perceptions of Their Nurse Managers' Transformational Leadership Behaviors and Their Own Structural Empowerment. *J Nurs Adm.* 2018 Dec;48(12):609-614

Babaeipour-Divshali M, Amrollahimishavan F, Vanaki Z, Abdollahimohammad A, Firouzkouhi M. Effect of head nurse empowerment program on staff nurses' job satisfaction at two educational hospitals in Rasht, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2016 May-Jun;21(3)

Van Bogaert P, Peremans L, de Wit M, Van Heusden D, Franck E, Timmermans O, Havens DS. Nurse managers' perceptions and experiences regarding staff nurse empowerment: a qualitative study. *Front Psychol.* 2015 Oct 14;6:1585

Udod S, Racine L. A Critical Perspective on Relations between Staff Nurses and their Nurse Manager: Advancing Nurse Empowerment Theory. *Can J Nurs Res.* 2014 Dec;46(4):83-100

Brody AA, Barnes K, Ruble C, Sakowski J. Evidence-based practice councils: potential path to staff nurse empowerment and leadership growth. *J Nurs Adm.* 2012 Jan;42(1):28-33

McDonald SF, Tullai-McGuinness S, Madigan EA, Shively M. Relationship between staff nurse involvement in organizational structures and perception of empowerment. *Crit Care Nurs Q.* 2010 Apr-Jun;33(2):148-62

Spence Laschinger HK, Leiter M, Day A, Gilin D. Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *J Nurs Manag.* 2009 Apr;17(3):302-11

Lucas V, Laschinger HK, Wong CA. The impact of emotional intelligent leadership on staff nurse empowerment: the moderating effect of span of control. *J Nurs Manag.* 2008 Nov;16(8):964-73

Greco P, Laschinger HK, Wong C. Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2006 Dec;19(4):41-56

Matthews S, Spence Laschinger HK, Johnstone L. Staff nurse empowerment in line and staff organizational structures for chief nurse executives. *J Nurs Adm.* 2006 Nov;36(11):526-33

Laschinger HK, Wong CA, Greco P. The impact of staff nurse empowerment on person-job fit and work engagement/burnout. *Nurs Adm Q.* 2006 Oct-Dec;30(4):358-67

Kluska KM, Laschinger HK, Kerr MS. Staff nurse empowerment and effort-reward imbalance. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2004 Mar;17(1):112-28

Laschinger HK, Sabiston JA. Staff nurse empowerment and workplace behaviours. *Can Nurse.* 2000 Feb;96(2):18-22

Mesa de Comunicaciones 8: Cuidados a pacientes críticos

Concurrent Session 8: Critical care

AUTORES/AUTHORS:

Ana Lavedán Santamaría, Elena Paraíso Pueyo, Eva Salafranca Mendoza, María Llovera Ocaña, Celia Latorre Tomás, M. Àngels Marsellés Vidal, Fátima Laborda Higués, Teresa Botigué Satorra, Olga Masot Ariño

TÍTULO/TITLE:

NECESIDADES PSICOSOCIALES Y SOPORTE A LA FAMILIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.

Objetivo: Explorar las necesidades psicosociales de los padres de neonatos ingresados en UCIN, así como detectar los mecanismos de soporte disponibles para su manejo y hacia la atención neonatal centrada en el desarrollo y la familia.

Método: Diseño anidado o incrustado concurrente (DIAC), de predominio cualitativo. Se incluyeron 16 padres/madres de RN ingresados en UCIN y 28 profesionales sanitarios, durante el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2017 al 31 de mayo de 2018, seleccionados por medio de un muestreo opinático, intencionado y razonado, hasta la saturación de categorías. Quedaron excluidos padres de RN con éxitos, traslados o retención de la tutela y profesionales con experiencia inferior a 6 meses. Se incorporaron a estudio toda una serie de variables desde una perspectiva cuantitativa y/o cualitativa (variables sociodemográficas, variables clínicas del RN, antecedentes de ingreso, proceso de hospitalización y acogida en la unidad, así como variables relacionadas con la detección de necesidades y mecanismos de soporte desde la perspectiva del profesional sanitario). Técnica de recolección de datos a partir de la entrevista semiestructurada. Análisis estadístico: El análisis cualitativo de los datos se realizó desde el enfoque fenomenológico de los datos narrativos. Se utilizó el programa Atlas.ti 7, que se concluye con la clasificación por ejes temáticos y categorías. Para el contraste de resultados se utilizó el análisis univariante y bivariante de los datos cuantitativos, utilizando medidas de tendencia central y de dispersión para datos cuantitativos y medidas de distribución de frecuencias para los datos cualitativos (IC 95%) Para el análisis bivariante, se utilizó la prueba de X² para datos cualitativos, y la prueba t-Student para los cuantitativos, con una significación estadística del 5% ($p = 0,05$). Para tratamiento y análisis de datos se utilizó SPSS (V.20). Se obtuvo el informe favorable del CEIC por idoneidad del protocolo.

Resultados: Se presenta una síntesis de los resultados. En líneas generales, los padres refieren un buen acompañamiento en la acogida, que contrasta con la perspectiva del profesional, que concluye en la necesidad de adaptar su atención en la acogida y en mejorar el proceso de información. Prevalece el sentimiento de "no sentirse padres", a pesar de valorar positivamente la flexibilidad horaria. Los profesionales resaltan la necesidad de fomentar la participación de los progenitores en los cuidados y ofrecer soporte emocional tanto a la familia como a los profesionales.

Discusión: El estudio actual ha permitido contrastar los resultados con las realidades previas, con el fin de conocer su evolución y adecuar las estrategias de intervención más efectivas a fin de disminuir el estrés derivado del proceso de hospitalización, pues se pone de manifiesto la falta de soporte emocional y asesoramiento a las familias de RN ingresados en UCIN. De este estudio nace el Programa de Soporte Multidimensional dirigido a padres y madres de Recién Nacidos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Programa SoM Familia).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Paraíso Pueyo E, Fuentes Pumarola C, Lavedán Santamaría A. Preocupaciones de los padres y/o madres de recién nacidos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el momento del alta. *Enfermería Neonatal*. 2019;29:37–43.
2. Palomaa AK, Korhonen A, Pölkki T. Factors Influencing Parental Participation in Neonatal Pain Alleviation. *J Pediatr Nurs*. 2016;31(5):519–27.
3. Bastani F, Abadi TA, Haghani H. Effect of Family-centered Care on Improving Parental Satisfaction and Reducing Readmission among Premature Infants: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Diagnostic Res*. 2015;9(1):4–8.

AUTORES/AUTHORS:

Elena Paraíso Pueyo, Ana Lavedán Santamaría, Eva Salafranca Mendoza, Maria Llovera Ocaña, Celia Latorre Tomás, Violeta Tapia Palacio, Fátima Laborda Higes, Teresa Botigué Satorra, Olga Masot Ariño

TÍTULO/TITLE:

GRADO DE PREOCUPACIÓN Y ANGUSTIA DE LOS PADRES DE RECIÉN NACIDOS INGRESADOS EN UCIN

Objetivo: Identificar el grado de preocupación o angustia y sus factores asociados durante el proceso asistencial en los padres de Recién Nacidos ingresados en UCIN.

Método: Diseño del estudio: Estudio cuantitativo, observacional, transversal y descriptivo.

Población y muestra: Padres de RN ingresados en UCIN. Quedaron excluidos los padres de RN con éxitus, traslados o ingreso inferior a 4 días. Muestra resultante: 119 sujetos. Variables: Grado de preocupación o angustia: Escala tipo Likert que incluye aspectos relacionados con el RN (presencia de aparatos y tubos; cortes, heridas, incisiones; coloración de la piel, movimientos; forma de respirar; necesitar ayuda respiratoria; pequeño tamaño o aspecto débil; alimentación artificial o por sonda; irritabilidad y/o incomodidad del bebé) y los progenitores (ambiente de la unidad; estar separado de su hijo/a; no poder darle el pecho o biberón; no poder cambiarlo ni bañarlo; no poder abrazarlo; no poder disfrutar de su hijo/a con otros familiares; tener miedo a tocar y coger a su hijo/a; Sentirse incapaz de proteger a su hijo/a del dolor). Recogida de datos: Se administró un cuestionario, previamente validado por 13 expertos. Análisis de datos: Análisis univariante y bivariante, con medidas de tendencia central y de dispersión para datos cuantitativos y medidas de distribución de frecuencias para datos cualitativos; posteriormente, X² para los datos cualitativos o t-Student para los cuantitativos. Todas las pruebas estadísticas se realizaron con una significación de $p = 0,05$. Se utilizó SPSS para el tratamiento de los datos. Consideraciones éticas: Informe favorable del CEIC del HUAV por idoneidad del protocolo.

Resultados: En relación a aquellos aspectos del RN, la forma de respirar es lo que más angustió a los padres (40,3%); llevar aparatos y tubos, soporte ventilatorio, y el ver pequeño y débil al RN preocupa al 31,9% de los progenitores. El análisis bivariante determinó que las madres se angustian más ante la presencia de irritabilidad y/o incomodidad del RN ($p = 0.004$) y ante las lesiones ($P = 0.035$); a mayor nivel académico, mayor angustia ante la presencia de aparataje ($p = 0.002$), y a menor peso ($p < 0.001$), menos SG ($p < 0.001$) y más días de hospitalización ($p < 0.001$), mayor preocupación al ver pequeño y débil al RN. Por otra parte, más días de ingreso ($p = 0.004$) y menos SG ($p = 0.034$) se asocian con mayor angustia por el soporte ventilatorio. Los resultados relacionados con los progenitores arrojan menor preocupación y angustia por el ambiente de la unidad y al tocar o coger a su hijo; sin embargo, refieren mayor grado de preocupación y angustia por la separación de su hijo (58%) y por no poder abrazarlo (38,7%). El análisis bivariante demuestra que las madres viven peor la separación de su hijo ($p < 0.001$).

Discusión: El sentimiento de preocupación y angustia que se desarrolla en los progenitores por un nacimiento que no cumple con las expectativas deseadas ante la maternidad, puede conllevar disconfort parental, falta de vinculación y baja auto-realización en el rol parental. Los resultados actuales orientan hacia el desarrollo de futuras intervenciones de enfermería que favorezcan el empoderamiento de los padres, permitiéndoles así ser parte activa del proceso asistencial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Paraíso E, Fuentes C, Lavedán A. Preocupaciones de los padres y/o madres de recién nacidos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el momento del alta. *Enfermería Neonatal*. 2019;29:37–43.

Baia I, Amorim M, Silva S, Kelly-Irving M, de Freitas C, Alves E. Parenting very preterm infants and stress in Neonatal Intensive Care Units. *Early Hum Dev*. 2016;101:3–9.

Wraight CL, McCoy J, Meadow W. Beyond stress: Describing the experiences of families during neonatal intensive care. *Acta*

Paediatr Int J Paediatr. 2015;104(10):1012-7.

Chertok IR, McCrone S, Parker D, Leslie N. Review of Interventions to Reduce Stress Among Mothers of Infants in the NICU. Adv Neonatal Care. 2014;14(1):30-7.

Mesa de Comunicaciones 9: Práctica Clínica

Concurrent Session 9: Clinical practice

AUTORES/AUTHORS:

JUDIT BOU FOLGAROLAS, SÒNIA ELVIRA CARRASCAL, LAIA CLARAMUNT FONT, DOLORS PAJARES REQUENA, EMMA PUIGORIOL JUVANTENY, ALÍCIA MINAYA FREIRE, ROSA PRAT CANAL, ISABEL PINO DEL RIO, MARTA COLOMER CODINACHS

TÍTULO/TITLE:

ESTADO HIDRÍCO Y NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS MEDIANTE LA BIOIMPEDANCIA Y COMPLICACIONES INTRADIÁLISIS

Introducción: El conocimiento de la composición corporal de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC), se considera una herramienta útil pues, nos está ayudando a diagnosticar de forma más precisa las distintas alteraciones del estado de nutrición e hidratación. Estas alteraciones son de gran relevancia en el paciente que está en tratamiento de hemodiálisis (HD), debido a que la desnutrición y el estado de sobrehidratación son procesos que marcan el pronóstico de estos pacientes (1).

La hiperhidratación es un importante y modificable factor de riesgo cardiovascular para los pacientes en HD. Hasta el momento, el diagnóstico de la hiperdeshidratación se había basado en métodos clínicos exclusivamente pero, en la actualidad disponemos de nuevas herramientas para valorar de forma más objetiva el estado hídrico de los pacientes en HD, como el Body Composition Monitor (BCM) o bioimpedancia (2).

El peso seco (peso después de la diálisis) es hoy uno de los principales objetivos de adecuación de diálisis porque la sobrehidratación es un claro predictor de mortalidad. Por ello, alcanzar el peso seco se considera uno de los objetivos principales de diálisis adecuada (3)

Prevenir los desequilibrios nutricionales e hídricos o ingestas diarias insuficientes para las necesidades corporales es, entre otros, objetivo de los cuidados de enfermería de los pacientes con ERC. Por ello, el estado nutricional se contempla como resultado de las intervenciones de enfermería ya que, la nutrición se considera un marcador de pronóstico fundamental de la enfermedad y la desnutrición afecta la calidad de vida de los pacientes y aumenta su morbimortalidad (1,4). En este sentido, los resultados de la BCM nos orientan, facilitan la atención centrada en la persona y permiten llevar a cabo intervenciones educativas de promoción de hábitos saludables para evitar o minimizar los riesgos de desnutrición y de sobrehidratación.

Objetivos: Describir el estado hídrico y nutricional, según la Bioimpedancia (BCM) de los pacientes de una unidad de diálisis. Detallar las alteraciones de su estado de hidratación las complicaciones intradiálisis y clínicas de los pacientes e indicadores hídricos.

Métodos: Estudio transversal prospectivo de pacientes diagnosticados de Enfermedad Renal Crónica sometidos a hemodiálisis durante el año 2017. Se incluyeron los pacientes mayores de 18 años, de más de 6 meses de tratamiento. Se excluyeron los pacientes portadores de marcapasos o Stent metálico y los pacientes con amputación de algún miembro superior o inferior. Se analizaron variables socio demográficas y clínicas en dos fases (1: inicio, 2:6 meses): edad, género, diferencia de peso, complicaciones intradiálisis, y el estado hídrico y composición corporal de los pacientes mediante la BCM: Sobrehidratación (OH), Agua extracelular (ECW), Agua intracelular (ICW), Índice de tejido magro (LTI), Índice de tejido graso (FTI), Ángulo de Fase (PHI50), Agua total corporal (TBW), ALBÚMINA (ALB).

Instrumentos de valoración:

Bioimpedancia: se trata de un monitor de composición corporal que permite monitorizar la evolución del estado nutricional e hídrico de los pacientes (1,5–7). La bioimpedancia espectroscópica es un método preciso y objetivo para estimar la composición corporal y el estado de hidratación.

Recogida de datos:

Los pacientes fueron incluidos en el estudio de manera consecutiva, después de confirmar que cumplían los criterios de inclusión y no presentaban los de exclusión. A todos los pacientes se les realizaron dos mediciones como mínimo del estado nutricional e hidratación.

Inicio del estudio: (Basal= 6 meses de diálisis): se realizó una BCM para monitorizar los parámetros de nutrición e hidratación de los pacientes.

Las mediciones se realizaron 10 minutos antes del inicio del tratamiento por enfermeras entrenadas siguiendo la técnica establecida en el protocolo de la Unidad. Los datos se grabaron en una tarjeta personal y se procesaron con un software específico (Fluid

Management Tool)

Final (seguimiento a los 6 meses): nuevamente se valoró la BCM de la misma manera que al inicio.

Todos los datos se registraron en un cuestionario ad hoc, que incluía todas las variables e instrumentos de valoración detallados en el párrafo variables e instrumentos, garantizando el anonimato de los datos.

Análisis de los datos

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 23.0.

Se calcularon las frecuencias y los porcentajes de las variables categóricas y de las cuantitativas, la media y la desviación estándar o la mediana y el máximo y mínimo.

Para analizar la correlación entre variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Para datos apareados se aplicó la prueba T de Student. Para todo el análisis estadístico se asumió un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$).

Resultados: Se analizaron 56 pacientes con una media de edad de $69,4 \pm 13,3$ años, 34 (60,7%) eran hombres. Los valores medios de la sobrehidratación en las dos fases fueron de $1,2 \pm 1,5$ kg. Los valores medios de la BCM en las dos fases fueron:

OH1: $1,3 \pm 1,8$, OH2: $1,4 \pm 1,7$, ECW1: $17,8 \pm 2,7$, ECW2: $17,7 \pm 2,6$, ICW1: $18,9 \pm 4,2$, ICW2: $18,7 \pm 3,4$,

LT11: $13,4 \pm 3,5$, LT12: $13,2 \pm 2,9$, FTI1: $12,6 \pm 6,0$, FTI2: $12,5 \pm 5,9$, PHI501: $4,4 \pm 1,2$, PHI502: $4,4 \pm 1,1$, TBW1: $36,7 \pm 6,4$, TBW2: $36,4 \pm 5,5$. No se detectaron diferencias entre las fases.

Respecto a las complicaciones intradiálisis, se identificó que 30 (53,6%) pacientes presentaron calambres 39 (69,6%) hipotensión sintomática, 37 (66,1%) asintomática y 4 (7,1%) pacientes convulsiones.

El análisis de correlación entre los valores nutricionales, la edad, el género y meses de tratamiento detectó la existencia de correlaciones positivas ($p < 0,005$) entre las variables:

ECW1/ICW1 ($p = 0,771$; $p < 0,001$), ECW1/LT11 ($p = 0,540$; $p < 0,001$), ICW1/LT11 ($p = 0,904$; $p < 0,001$),

ICW1/PHI501 ($p = 0,489$; $p < 0,001$), LT11/PHI501 ($p = 0,570$; $p < 0,001$), LT11/TBW1 ($p = 0,795$; $p < 0,001$),

PHI501/TBW1 ($p = 0,312$; $p = 0,019$), LT11/ALBUMINA1 ($p = 0,440$; $p = 0,02$),

PHI501/ALBUMINA1 ($p = 0,457$; $p = 0,001$), PHI501/ALBUMINA1 ($p = 0,457$; $p = 0,001$),

ECW2/ICW2 ($p = 0,764$; $p < 0,001$), ECW2/OH2 ($p = 0,331$; $p = 0,013$), ECW2/LT12 ($p = 0,475$; $p < 0,001$),

ICW2/LT12 ($p = 0,886$; $p < 0,001$), ICW2/PHI502 ($p = 0,371$; $p = 0,005$), LT12/PHI502 ($p = 0,478$; $p < 0,001$),

LT12/TBW2 ($p = 0,745$; $p < 0,001$), ($p = 0,288$; $p = 0,050$), LT12/ALBUMINA2 ($p = 0,407$; $p = 0,005$), PHI502/ALBUMINA2 ($p = 0,504$; $p < 0,001$).

Y correlaciones negativas entre: OH1/PHI501 ($p = -0,478$; $p < 0,001$), LT11/FTI1 ($p = -0,424$; $p < 0,001$),

FTI1/PHI501 ($p = -0,401$; $p = 0,002$), OH2/PHI502 ($p = -0,374$; $p = 0,005$), LT12/FTI2 ($p = -0,343$; $p = 0,010$),

FTI2/PHI502 ($p = -0,341$; $p = 0,010$), FTI2/ALBUMINA2 ($p = -0,289$; $p = 0,342$).

Discusión: Los pacientes en diálisis, después de seis meses de tratamiento dialítico no presentan diferencias en su estado hídrico, ni de peso y más de la mitad de ellos presentan alguna complicación intradiálisis.

Al inicio y después de seis meses, los pacientes hiperhidratados presentan menor ángulo de fase. Los que presentan valores altos de agua extracelular muestran valores altos de agua intracelular, de masa magra y mejor estado nutricional. Los pacientes con valores altos de masa magra presentan valores altos de ángulo de fase y bajos de masa grasa.

Los pacientes normohidratados presentan mejores valores de albumina y en los pacientes con masa grasa alta, los valores de albumina disminuyen.

Podemos concluir en base a los resultados que La BCM ayuda a detectar pequeños cambios subclínicos, que podían tener trascendencia a más largo plazo y pone de manifiesto de forma objetiva, el estado nutricional de nuestros pacientes. A nivel global, los pacientes presentan desnutrición proteica energética y se ha detectado una correlación positiva entre la albumina y el LTI como en otros estudios (4,8) Se aportan datos para considerar el LTI como un indicador fiable del estado nutricional pues cuantifica el tejido magro del paciente y se correlaciona con la albúmina (3,4,6,9).

Estos datos alertan sobre la necesidad de aplicar medidas diagnósticas respecto a los valores del LTI y albúminas. Sería importante

identificar la causa de los valores bajos y promover la ingesta de una dieta hiperproteica y suplementos orales proteicos si la dieta no es suficiente, como sugieren varios autores (10).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Rea GV, Cobo PA, Cano IC, Amor Martínez Aranda M, Estévez SG. Bioimpedancia: Herramienta habitual en los cuidados de los pacientes de diálisis peritoneal (DP). *Rev la Soc Esp Enferm Nefrol*. 2011;14(3):155–61.
2. Castellano S, Palomares I, Molina M, Pérez-García R, Aljama P, Ramos R, et al. Características clínicas, analíticas y de bioimpedancia de los pacientes en hemodiálisis persistentemente hiperhidratados. *Nefrología*. 2014;34(6):716–23.
3. Pons Raventos ME, Rebollo Rubio A, Mansilla Francisco JJ, Amador Coloma R. Evaluación del estado nutricional de pacientes en hemodiálisis: introducción del uso de la bioimpedancia en el estudio nutricional. *Enfermería Nefrológica*. 2014;17:60–60.
4. Bel Cegarra R. Valoración del Estado Nutricional e Inflamatorio en Pacientes en Hemodiafiltración On-Line: Diferenciación por Sexo. Vol. 13, *Nure Inv*. 2015. p. 1–9.
5. Moreno Muñoz M. Aportación de la bioimpedancia espectroscópica en la valoración del estado nutricional y de hidratación del paciente en hemodiálisis: impacto en la morbimortalidad. Universidad de Málaga, Málaga; 2015.
6. Castellano-Gasch S, Palomares-Sancho I, Molina-Núñez M, Ramos-Sánchez R, Merello-Godino JI, Maduell F. Nuevos métodos fiables para diagnosticar la depleción proteico-calórica en los pacientes en hemodiálisis. *Nutr Hosp*. 2014;30(4):905–10.
7. López-Gómez JM. Evolución y aplicaciones de la bioimpedancia en el manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2011;31(6):630–4.
8. Yuste C, Abad S, Vega A, Barraca D, Bucalo L, Pérez-De José A, et al. Assessment of nutritional status in haemodialysis patients. *Nefrología*. 2013 Mar 1;33(2):243–9.
9. Vega A, Abad S, Macías N, Aragoncillo I, Santos A, Galán I, et al. Low lean tissue mass is an independent risk factor for mortality in patients with stages 4 and 5 non-dialysis chronic kidney disease. *Clin Kidney J*. 2017 Apr;10(2):170–5.
10. Castellano S, Palomares I, Moissl U, Chamney P, Carretero D, Crespo A, et al. Identificar situaciones de riesgo para los pacientes en hemodiálisis mediante la adecuada valoración de su composición corporal. *Nefrología*. 2016;36(3):268–74.

AUTORES/AUTHORS:

M^aJosefa Rodriguez Moreno, M^aDolores GarciaRaya, Veronica Lluch Garvi, Catalina Munar Mir, Ana M^a Perez Garcia, M^aIsabel Piñeiro Alomar

TÍTULO/TITLE:

SIN CAÍDAS HOSPITALARIAS: ANÁLISIS DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS VALORADOS CON RIESGO VERSUS SIN RIESGO

OBJETIVO: En una tercera fase el proyecto SINCA permitirá comparar las caídas comunicadas en el ámbito hospitalización en pacientes valorados con riesgo de caídas (CR) versus pacientes valorados sin riesgo de caídas (SR).

MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo. **Ámbito:** unidades de hospitalización, en todos los pacientes de cualquier rango de edad que sufren caída entre 2008-2015. **Variables de estudio:** sociodemográficas, caída del paciente, riesgo de caída (escala Downton), lugar, actividad, factor estructural y del paciente, turno y consecuencias de la caída. Se obtuvieron mediante el sistema de notificación de caídas. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar; variables cualitativas como porcentajes. Para la comparación entre grupos, se utilizó; test de chi-cuadrado o test de la t de Student. Se consideró $p < 0,05$ como estadísticamente significativa.

RESULTADOS: Se comunicaron 1281 caídas, el 61,4% en pacientes CR y el 38,6% en SR. Al comparar los grupos CR y SR existe diferencias en la edad (72+/-14 años vs. SR 65 +/-16) y en el sexo habiendo más hombres en el grupo (CR 61,1% vs SR 55,5%). En relación con el tratamiento farmacológico encontramos diferencias en diuréticos (CR 26,3% vs SR 19,4%) y benzodiacepina (CR 27,5% vs SR 22,0%) y en pacientes CR en todos GRD; insuficiencia Renal (CR 11,1% vs SR 6,7%), Insuficiencia Hepática (CR 4,7% vs SR 1,8%), ACV (CR 12,5% vs. SR 2,6%).

Considerando los factores intrínsecos del paciente, encontramos una diferencia significativa en; desorientación (CR 41,7% vs SR 13,8%), desestimar precauciones (CR 12,3% vs SR 7,1%), fallo en EEII (CR 21,5% vs SR 10,1%), resbalón (CR 32,9% vs SR 42,3%), pérdida de equilibrio (CR 33% vs SR 25,1%), mareo (CR 4,4% vs SR 14%), debilidad (CR 33,2% vs SR 11,7%) y movilización sin solicitar ayuda (CR 36,3% vs SR 18%).

En cuanto a factores extrínsecos, encontramos diferencias en el factor estructural "Suelo mojado" (CR 18,2% vs SR 30%). Referente al lugar de la caída existieron diferencias en baño (CR 27,1% vs SR 42,3%), pasillo (CR 1,9% vs SR 6,5%) y en habitación (CR 69,5% vs SR 48,6%). En cuanto a la actividad realizada; encontramos diferencias en deambular (CR 14,2% vs SR 20%), higiene (CR 5,5% vs SR 13,2%), reposar (CR 7,1% vs. SR 3,8%). En caídas desde, existieron diferencias en bipedestación (CR 26,7% vs SR 41,3%), cama (CR 31,92% vs SR 23,1%), sillón (CR 21,5% vs SR 2,7%) y ducha (CR 3,8% vs SR 12,3%).

En el turno de trabajo, las diferencias las encontramos en la tarde (CR 27,7% vs SR 18,2%) y noche (CR 43,1% vs SR 51%).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos de estudio en relación a las variables; tratamiento farmacológico (hipotensores, neurolépticos, antidepresivos, antiarrítmicos), GRD (Neoplasia e Insuficiencia Cardíaca) y la consecuencia de las caídas, nivel de conciencia, tipo, localización de la lesión e intervención realizada.

DISCUSIÓN: En pacientes CR son los factores intrínsecos son los determinantes en la caída; GRD, pacientes en tratamiento con diuréticos, que durante el turno de tarde, estando en la habitación, bien en la cama o el sillón, al movilizarse debido a su estado de debilidad, desorientación o desestimar las precauciones se caen. Sin embargo en pacientes SR, las caídas se producen, en el pasillo, baño o en la ducha (durante la higiene), estando en bipedestación como consecuencia de mareo o resbalón del paciente, en cuanto al turno son más frecuentes durante la noche y estando en tratamiento con benzodiacepinas.

Los resultados concuerdan con la clasificación establecida por Morse en 1987; la caída del paciente CR es previsible y del SR accidental y no anticipada. Concluimos que el entorno hospitalario es un factor de riesgo, y deberíamos catalogar a todos los pacientes ingresados como paciente con riesgo de caída. Este hallazgo pondría en cuestión la sensibilidad y especificidad de las

escalas de riesgo de caídas siendo un punto de partida para futuras investigaciones.

Las implicaciones para la práctica vendrían determinadas por adoptar precauciones universales frente las caídas en el entorno hospitalario, estas precauciones universales se aplicarían a todos los pacientes independientemente si son o no catalogados de riesgo de caídas y por último la implicación del paciente y familia de forma proactiva en el plan de cuidados y la formación al profesional sanitario serían elementos claves en nuestra organización sanitaria para la prevención de caídas.

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 BR MED 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 pluripatológico. *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.

AUTORES/AUTHORS:

MARIA SOLEDAD ARIETALEANIZBEASKOA SARABIA, JESUS TORCAL LAGUNA, ARTURO GARCIA ALVAREZ, NERE MENDIZABAL GALLASTEGUI, KEPA LATORRE GARCIA, GONZALO GRANDES ODRIEZOLA

TÍTULO/TITLE:

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN AP

Introducción y objetivos

Se estima la prevalencia de la insuficiencia cardiaca (IC) entre el 2 y el 3% en países desarrollados (1) (2) y está asociada a una gran morbi-mortalidad. La intolerancia al ejercicio es el síntoma principal de la IC y tiene una importancia crucial, ya que está asociada con una mala calidad de vida y una mayor mortalidad (3)

Las guías de práctica clínica recomiendan el ejercicio físico (EF) para mejorar la situación funcional de los pacientes con IC (4). Dichas recomendaciones no proporcionan pautas claras con respecto al tipo, la intensidad, la duración y la frecuencia del EF. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de un programa innovador de EF realizado en atención primaria (EFICAR) y supervisado por enfermería para personas con IC, en comparación con el tratamiento óptimo recomendado, para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la capacidad funcional, durante 12 meses. El diseño y el protocolo de EFICAR se han publicado, incluida la metodología y la aleatorización(5)

Métodos

Ensayo clínico multicéntrico realizado 7 centros públicos de atención primaria en coordinación con los servicios de cardiología y los hospitales en el que se aleatorizan 150 pacientes con IC, FEVI \leq 50%, capacidad funcional \geq 4 METS y edad \leq 85 años(6). Los pacientes del grupo de intervención recibieron (educación sanitaria+optimización del tratamiento+ejercicio) y el de control (únicamente optimización de tratamiento y educación sanitaria). La intervención EFICAR consistió en un programa de ejercicio progresivo de 3 meses supervisado por enfermería con un componente aeróbico (intervalos de alta intensidad) y un componente de fuerza.

La principal medida de resultado fue la CVRS medida mediante los cuestionarios MLHFQ y el SF-36, al inicio del estudio, 3, 6 y 12 meses y se midieron la capacidad funcional mediante el test de 6 min, NT-proBNP, la fuerza muscular y la composición corporal (5).

Resultados

Tras la optimización del tratamiento, 150 pacientes fueron aleatorizados al grupo EFICAR (75) o al grupo control (75). La evolución clínica durante 12 meses de seguimiento fue significativamente mejor en el grupo EFICAR para la capacidad funcional ($p < 0,024$) pero no para la CVRS ($p = 0,814$). La mayor diferencia para la capacidad funcional se encontró a los tres meses (diferencia ajustada: 28 m, intervalo de confianza del 95%: 9,4 a 46,9). El efecto de la intervención en la CVRS se modificó positivamente al considerar las dosis reales de ejercicio realizadas por los pacientes ($p < 0,013$), los pacientes con EFICAR aumentaron 0,45 puntos de CVRS por cada 10 MET adicionales * hora / trimestre del ejercicio.

Conclusiones

El programa EFICAR, supervisado por enfermeras en el contexto de atención primaria y con bajos recursos tecnológicos, fue seguro y factible. Nuestros resultados muestran que el programa EFICAR mejoró la capacidad funcional, sin embargo no se tradujo en una mejora de la CVRS. Esto podría deberse a la capacidad limitada del programa para alcanzar los niveles esperados de ejercicio en todos los pacientes, ya que encontramos que había una asociación dosis-respuesta entre el ejercicio y la mejora de la CVRS. Los resultados a corto plazo desaparecen a los 12 meses, lo que refleja las dificultades para vincular el programa con los recursos de la comunidad después de las sesiones supervisadas

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013 Oct 15;62(16):e147-239.
2. van der Meer P, Gaggin HK, Dec GW. ACC/AHA Versus ESC Guidelines on Heart Failure: JACC Guideline Comparison. *J Am Coll Cardiol*. 2019 Jun 4;73(21):2756-68.
3. Sayago-Silva I, García-López F, Segovia-Cubero J. Epidemiology of heart failure in Spain over the last 20 years. *Rev Espanola Cardiol Engl Ed*. 2013 Aug;66(8):649-56.
4. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. *Rev Espanola Cardiol Engl Ed*. 2016 Dec;69(12):1167.
5. Zuazagoitia A, Grandes G, Torcal J, Lekuona I, Echevarria P, Gómez MA, et al. Rationale and design of a randomised controlled trial evaluating the effectiveness of an exercise program to improve the quality of life of patients with heart failure in primary care: The EFICAR study protocol. *BMC Public Health*. 2010;10:33.
6. Gómez-Marcos MA, Agudo-Conde C, Torcal J, Echevarria P, Domingo M, Arieteleanizbeascoa M, et al. [Baseline characteristics and changes in treatment after a period of optimization of the patients included in the study EFICAR]. *Aten Primaria*. 2016 Mar;48(3):166-74.

AUTORES/AUTHORS:

NEUS JOVÉ CABALLÉ, EVA MASDEU CORCOLL, SILVIA BRUGUERAS TORRELLA, JOAN-PAU MILLET VILANOVA, JESUS EDISON OSPINA VALENCIA, ANGELS ORCAU PALAU, CRISTINA RIUS I GIBERT, JOAN CAYLÀ BUQUERAS, FRANCESCA SÁNCHEZ MARTINEZ

TÍTULO/TITLE:

Incidentes en el tratamiento de la tuberculosis. Acciones para mejorar la adherencia y el estudio de contactos

OBJETIVOS: Conocer las características sociodemográficas y epidemiológicas de los casos de TB, los incidentes que se presentaron durante el tratamiento. Determinar si existen diferencias en las principales variables entre la población autóctona e inmigrada. Describir las intervenciones realizadas para promover la adherencia terapéutica. **METODOLOGIA:** Diseño: Estudio descriptivo observacional y transversal. **Ámbito del estudio:** Unidad especializada en tuberculosis (UCTB) del Hospital del Mar (Barcelona) constituida por diferentes especialidades médicas y una enfermera gestora de casos. Este hospital universitario es referente para los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí donde la presión migratoria desde países de alta endemia tuberculosa es muy alta. El trabajo es coordinado con el Programa de TB de la ciudad donde se integran enfermeras de salud pública (ESP), agentes comunitarios de salud (ACS), equipos de tratamiento directamente observado (TDO) y un centro especializado para el internamiento de pacientes con TB. **Sujetos de estudio:** Todos los casos de TB diagnosticados y/o en seguimiento por la UCTB y notificados a la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) desde el 1 de septiembre de 2013 hasta el 30 de agosto de 2016. Se consideró caso de TB todo aquel enfermo con diagnóstico clínico y/o microbiológico de TB que inició tratamiento dentro del período de este estudio.. **Variables del estudio:** Se diseñó un cuaderno de recogida de datos para registrar los diferentes incidentes observados y las actuaciones realizadas por los profesionales implicados y se complementó con la encuesta epidemiológica del Programa de TB de Barcelona donde constaban variables socio-demográficas, clínico-epidemiológicas, microbiológicas, de tratamiento y de los estudios de contactos (EECC). **Definiciones:** Sin domicilio fijo: persona que vive en la calle o en equipamiento, centro o albergue y puede estar a riesgo de no tener techo en cualquier momento. Índice de renta familiar disponible (IRFD): variable construida por el Departamento de Estadística del Ajuntament de Barcelona para determinar el nivel socio-económico de los casos a partir de la dirección postal recogida en la encuesta teniendo en cuenta diferentes indicadores. **de riesgo para la TB:** diabetes, silicosis, insuficiencia renal, embarazo, tratamiento inmunosupresor, gastrectomía, usuario de drogas inyectadas (UDI), VIH/SIDA, consumo de riesgo de alcohol, tabaco, sin domicilio fijo y problemas con la justicia. **Incidente:** hecho o suceso que ocurre durante el tratamiento de la TB y que puede afectar su adherencia y el estudio de los contactos. **Percepción y temor de rechazo social:** incluye las variables: “no quiere decir el diagnóstico a los convivientes”, “no quiere decir el diagnóstico en el entorno laboral” y “rechaza TDO”. **Visita extra:** es aquella que se programa antes del período habitual de control (30 días). **Informe extra:** Informe médico que no es un informe de alta. Se incluyen los informes humanitarios. **Consideraciones éticas:** De acuerdo con los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki sobre la autonomía y voluntariedad de participación de los sujetos de investigación, todos los pacientes incluidos han firmado un documento de consentimiento informado y los datos recogidos se han tratado de forma anónima y confidencial conforme a la Ley española de protección de datos 15/1999 y el Reglamento (UE) nº 2016/679 General de Protección de Datos. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica Parc de Salut Mar con el número 2014/5840/I. **Análisis estadístico:** Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Para las variables cuantitativas, se calculó la mediana y el rango intercuartílico (IQR) por no seguir una distribución normal. Para las variables categóricas se calcularon proporciones. Para comparar los autóctonos con los inmigrantes, en un nivel bivariado, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado o las correspondientes pruebas no paramétricas. Se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC) considerando un nivel de significación estadística del 5% (valor $p < 0,05$). Se calculó el porcentaje de casos atendidos pertenecientes a los distritos de referencia (Ciutat Vella y Sant Martí) y se comparó el número de casos con el total de casos de los dos distritos y la incidencia de TB de la ciudad durante los años del

estudio. Se utilizó el programa SPSS 20.0.RESULTADOS.Se incluyeron 172 casos. El 40% y el 55% correspondían a residentes de los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí respectivamente. Se contabilizaron 106 (61,6%) hombres. La mediana de edad fue de 43 años(IQR: 32,2-56). Un total de 107(62,2%) eran inmigrantes, de los cuales 54(31,3%) habían nacido en el Subcontinente Indio, 12(6,9%) en América Latina y 12 (6,9%) en Europa del Este. Marruecos y Filipinas aportaron 9 casos cada uno en este el periodo. Del total, 134 casos (78'0%) vivían en barrios con una renta económica baja o media-baja, y 81(47,1%) estaban trabajando. En 103 casos(59,9%) se observó algún factor de riesgo para desarrollar TB. La localización de la enfermedad fue pulmonar o mixta en 100 (58'1%) de los pacientes y se detectó algún tipo de resistencia a los tuberculostáticos en 12 de ellos (7%), uno de los cuales fue multirresistente. Se curaron 150(86'6%) pacientes, 5(2,9%) se trasladaron a otras comunidades, 4 (2,3%) constaron como perdidos y 13(7,5%) fallecieron (2 casos por TB). Se encontró estadísticamente significativo que los inmigrantes eran más jóvenes en el momento del estudio, vivían en barrios con rentas más bajas y presentaron más desempleo. La localización pulmonar fue más frecuente entre pacientes autóctonos. Se presentaron incidentes durante el seguimiento en 151 casos(87'8%) con una mediana de 2 incidentes por paciente y una desviación de 1'6(IQR: 0-7). Se detectaron complicaciones relacionadas con la medicación en 74 casos (43%), en 41(23'8%) hubo un empeoramiento de sus comorbilidades. En 59 ocasiones (34'3%), los pacientes se ausentaron en alguna de las visitas de control, mientras que en 33 casos(19'2%) se reportaron viajes fuera del país durante el tratamiento. Los problemas de comunicación se detectaron en 44 casos (25'6%) Se contabilizó un cambio de domicilio en 25 ocasiones (14'5%), presentando TB pulmonar en 19 de estas (76%). Se observó que 3 casos (1'7%) perdieron su puesto de trabajo, en 29 casos (16,9%) se observaron actitudes de percepción y miedo al rechazo social. Los inmigrantes presentaron más incidentes durante el tratamiento, viajaron más, se ausentaron más a las visitas de control y tuvieron más problemas de alojamiento inestable ($p<0.005$). Respecto a las intervenciones para mantener la adherencia, 82 casos (47,7%) se vincularon a un dispositivo de TDO. En 85 de los casos (49,4%) se les facilitaron informes extras. En 41 (23,8%) se les programaron visitas extras. Se solicitó el soporte de mediación cultural en 27 casos (15,7%), mientras que los ACS de la ASPB intervinieron en 40 (13,3%) casos. En 112 ocasiones (65,1%) la ESP y la EGC realizaron llamadas de seguimiento y de coordinación. El EECC se realizó en 79 casos de TB pulmonar (79%) y en 36 casos de TB extrapulmonar (50%), 8 pacientes vivían solos (4,7%) y 13 rechazaron el EECC (7,6%). El grupo de inmigrantes requirieron más informes, más visitas extras y más llamadas telefónicas, así como, mas vinculación a dispositivos de TDO.DISCUSIÓN. Los participantes en este estudio son adultos jóvenes (mediana de 43 años), procedentes de países de alta carga de TB (Subcontinente Indio), que están en edad productiva y viven en barrios de rentas económicas bajas. Al igual que otros países de la Unión Europea (1) se observan, además, factores de riesgo como la inmunosupresión, el consumo de riesgo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas y, en algunos casos, problemas con la justicia. La vulnerabilidad social se suma a estos factores, con niveles socioeconómicos bajos, empleos precarios, estilos de vida poco saludables y una baja percepción individual de riesgo, restando importancia al impacto de la enfermedad (2)..Esta población a riesgo adquiere su máxima representatividad en Ciutat Vella (3), el "inner city district" de la ciudad que, al igual que en otras ciudades europeas, es el área central, con más población deprimida socialmente y presenta una incidencia de TB tres veces superior a la de la ciudad. Al igual que en otros estudios las complicaciones con el tratamiento y las comorbilidades son incidentes que frecuentemente pueden precipitar el abandono del tratamiento (4). La ausencia a alguna visita de control se observa, también, como un incidente habitual. Una menor percepción del riesgo o unas condiciones laborales poco óptimas podrían hallarse tras estos resultados. Los problemas de comunicación se presentan repetidas veces y que, según muestra la literatura revisada (5) son una amenaza superlativa a la adherencia. Otro obstáculo observado son los viajes. La población inmigrante se traslada más que la autóctona y puede facilitar la pérdida del paciente y el abandono del tratamiento. Ahora bien, algunos de los datos más importantes de este estudio son aquellos relacionados con la discriminación social que provoca la TB y que nos invitan a reflexionar de que a pesar de todo el conocimiento acumulado a lo largo de los años esta discriminación no está superada(2). No hablar del diagnóstico con los convivientes ni con el entorno laboral, no aceptar el TDO por miedo a ser excluido del entorno, perder el empleo o estar a riesgo de cambiar de domicilio por padecer TB son realidades detectadas y afectan directamente al proceso terapéutico y al estudio de los contactos. Un estudio realizado en India (6), apoya esta

reflexión y destaca que un porcentaje de líderes de opinión social presentaban conductas discriminatorias hacia personas que habían padecido TB. En otro estudio realizado en Colombia, los propios profesionales sanitarios poseían creencias erróneas provocando discriminación hacia determinados colectivos. Por tanto, podemos decir que la repuesta social negativa que puede generar la TB es universal. Mientras la investigación en mundo se centra en simplificar tratamientos y herramientas diagnósticas, los dilemas complejos quedan pendientes de abordaje. En la literatura disponible no encontramos suficiente información ni recomendaciones al respecto. Numerosas intervenciones se describen para mejorar la adherencia terapéutica y el EECC pero el amplio consenso de la bibliografía se dirige hacia los enfoques de intervenciones en conjunto (“intervention package”) basada en las necesidades del paciente(8). Las llamadas de coordinación entre profesionales, la realización de informes médicos y humanitarios, el TDO, las visitas extras, la mediación cultural y las intervenciones de los ACS, en su conjunto, han permitido la finalización de la mayoría de tratamientos antituberculosos y los EECC. La UCTB con la EGC (9), equipos de salud pública, equipos de TDO, atención primaria y programas de mantenimiento de metadona entre otros, se han configurado como herramientas de la estrategia implementada por el Programa de TB de Barcelona. Al igual que el Reino Unido (10), la flexibilidad en la atención, los equipos multidisciplinarios y la asignación de un profesional de referencia a cada caso de TB, forman los pilares de la estrategia. Implicaciones para la práctica: La enfermera gestora de casos de la UCTB (EGC) se ha mostrado como profesional referente y pieza clave en el seguimiento del paciente y en la coordinación entre diferentes ámbitos a fin de mejorar los resultados en salud. La implementación de esta figura y la ejecución del trabajo coordinado entre ámbitos podría mejorar la eficiencia del sistema donde este modelo no está instaurado. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Van Hest NA, Aldridge RW, de Vries G, Sandgren A, Hauer B, Hayward A, et al. Tuberculosis control in big cities and urban risk groups in the European Union: A consensus statement. *Eurosurveillance* [Internet]. 2014;19(9).
2. Salas Abarca P, Chamizo García H. Determinantes sociales de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva heurística del riesgo. *Rev Ciencias Adm y Financ la Segur Soc*. 2002 [cited 2019 May 8];10(1):67–78.
3. Novoa A, Rodríguez-Sanz M, Sentis A, Espelt A, Orcau A, García de Olalla P. La salut als districtes 2015: Ciutat Vella. Barcelona Agència Salut Pública Barcelona. 2016.
4. Antoine D, French CE, Jones J, Watson JM. Tuberculosis treatment outcome monitoring in England, Wales and Northern Ireland for cases reported in 2001. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(4):302–7.
5. Thiam S, LeFevre AM, Hane F, Ndiaye A, Ba F, Fielding KL et al. Effectiveness of a strategy to improve adherence to tuberculosis treatment in a resource-poor setting: a cluster randomized controlled trial. *JAMA*. 2007 Jan 24;297(4):380-6.
6. Wilson N, Chadha S, Sagili K, Satyanarayana S, Sharma G, Mohanty S. Knowledge, attitude and practice about Tuberculosis in India. A midline survey, 2013. *Int Union Against Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2013.
7. Carvajal Barona R, Hoyos Hernández PA, Varela Arévalo MT, Angulo Valencia ES, Duarte Alarcón C. Estigma Y Discriminación Ante La Tuberculosis Por Profesionales De La Salud De La Costa Pacífica Colombiana. *Hacia la promoción la salud*. 2018;23(1):13–25.
8. Alipanah N, Jarlsberg L, Miller C, Linh NN, Falzon D, Jaramillo E, et al. Adherence interventions and outcomes of tuberculosis treatment: A systematic review and meta-analysis of trials and observational studies. Vol. 15, *PLoS Medicine*. 2018. 1-44 p.
9. Brugueras S, Orcau À, Millet J-P, Espinosa L, de Andrés A, Gorrindo P, et al. Tuberculosis clinical units improve contact tracing. *Int J Tuberc Lung Dis* 2016;20(12):1572–9.
10. Abubakar I, Anderson S, Hirani H, Kar-Purkayastha I, Thomas L, Weil L, et al. Collaborative tuberculosis strategy for England 2015-2020. *Public Health Engl*.

Mesa de Comunicaciones 10: Lactancia materna

Concurrent Session 10: Breastfeeding

AUTORES/AUTHORS:

Isabel Maria Aragón López, Manuel Rego Rodriguez, Noelia Fuxá Pons, Assumpta Uris Coll, Patricia Perez Álvarez

TÍTULO/TITLE:

Estudio sobre prevalencia de variables asociadas a la aparición temprana de grietas en pezón antes del alta hospitalaria

Las principales autoridades sanitarias recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses después del parto. Aunque la mayoría de las pacientes inicia la lactancia materna, muchas la interrumpen, incluso antes del alta hospitalaria, debido a dificultades y no por elección materna. Tras la revisión bibliográfica sobre la aparición de grietas durante el inicio e instauración la lactancia materna, los estudios de investigación identifican como, el mayor factor de impacto analizado, sobre la aparición de grietas en pezón, la posición incorrecta y el mal agarre. Pero la observación clínica, nos invita a realizarnos preguntas, como: ¿Porque en recién nacidos que se agarran mal o no están bien posicionados, no aparecen ni grietas, ni dolor?, ¿Porqué la aparición de grietas en un solo pezón unilateral, o la aparición bilateral? además de ¿Qué variables pueden influir en la aparición temprana cuando él recién nacido solo ha realizado 8-10 agarres?.

Las aparición de grietas en las primeras 48 horas de post parto, durante el inicio e instauración de la lactancia materna, supone un motivo y factor importante para el abandono precoz de la lactancia, debido al dolor y las repercusiones clínicas que pueda sufrir la madre.

Es por ello, importante realizar un análisis retrospectivo de los casos que han desarrollado grietas, evaluando variables intraparto y posparto inmediato dentro de las 2 horas tras alumbramiento.

Objetivo:

El objetivo principal de nuestro estudio es, determinar la prevalencia de grietas en nuestro medio, antes del alta hospitalaria. Identificar factores asociados a la aparición de grietas. Describir posibles variables implicadas en el inicio temprano de grietas en pezón.

Método:

Estudio descriptivo observacional de corte transversal retrospectivo de prevalencia (desde mayo del 2017 a mayo 2019). Describiendo las características de púerperas, que desarrollan grietas durante el postparto antes del alta hospitalaria, en el ámbito de maternidad de un hospital de segundo nivel.

Se incluyeron todas las púerperas visitadas por matronas durante la hospitalización postparto y a las cuales se les realizó observación de la toma y se registró el formulario de visita control clínico diario en planta de maternidad.

Se realizó una explotación de datos con la herramienta excell de los formularios introducidos en las historias clínicas informatizadas, "visita puerperal de matrona" y observación de la toma.

Variables recogidas: Edad. Paridad. Tipo de parto. Episiotomía y desgarro periné. Hemoglobina (Hb) tercer trimestre. Peso fetal. Edad gestacional.

Variables dicotómicas: Gestación de Riesgo. Uso de antibióticos intraparto. Piel con piel más de 50 min. Hemorragia post alumbramiento.

Resultados:

De 1200 registros el 11% (n=128) presentaron grietas antes de ser dadas de alta hospitalaria (48h post parto).

Un 46% eran primíparas frente a un 54% multíparas. 60 gestantes (47%) era < de 40 semana gestacional. El 80% fueron partos Eutócicos frente a un 20% de Cesáreas, sin tener en cuenta si eran urgentes o programadas. El 5 % presentaron hemorragias post alumbramiento. Un 36% eran gestaciones de riesgo. Además de analizar su proporción en la muestra, registramos las enfermedades asociadas, con predominio de tipo endocrino, como hipotiroidismo y diabetes mellitus gestacional.

El 37% había recibido antibióticos. Tenían un 34% periné íntegro, 22% episiotomías, un 12% desgarro II grado y un 32% desgarro I grado. El 26,6 % de las mujeres tenían una hemoglobina < de 11 mg/dl en el tercer trimestre.

En relación a los recién nacidos realizaron piel con piel un 83,6%. Un 34% tenía un peso por debajo de los 3100 gr al nacimiento.

Conclusión. Discusión e implicaciones a la práctica:

La aparición de grietas antes del alta hospitalaria puede estar influenciada por variables dependientes a la puérpera y del recién nacido. Además de los ya descritos como posición y agarre incorrectos. Todo unido puede suponer un importante riesgo para el abandono precoz de la lactancia, durante el inicio e instauración, es decir en las primeras 48 horas.

Qué un 54 % de la muestra haya tenido más de un parto, invita a tener en cuenta lactancia previas e investigar antecedentes, así como realizar una entrevista sobre acontecimientos y experiencias en el desarrollo de lactancias en otros hijos.

Los resultados obtenidos en relación a la prevalencia de partos eutócicos sobre cesáreas e instrumentales, nos indica que debemos hacer una valoración e investigar más sobre el propio desarrollo del parto, en la fase de dilatación estudiar o valorar el tiempo o tipos de intervención, en el expulsivo (si ha habido cambios de posiciones), el tipo de alumbramiento (si ha sido dirigido o espontáneo) además de que tipo de analgesia que ha sido utilizada durante el parto. Valorar la posible repercusiones en cuanto al comportamiento del recién nacido, las primeras horas y si existe asociación significativa con la aparición de grietas.

Los datos obtenidos en cuanto a episiotomías o periné íntegro son resultados muy similares de una variable y de otra, su análisis nos pudo aportar la importancia en cuanto a movilización precoz, deambulación-sedestación, precoz o tardía.

En relación al uso de antibióticos intraparto, y su presencia en la aparición de las grietas, puede ser un factor (a estudio de significación posterior), por su implicación en la alteración de las secreciones de las glándulas y la inflamación de los tubérculos de montgomery, provocando una alteración en la lubricación e impacto directo sobre zona de agarre complejo pezón-areola.

Tras el análisis de la variable gestación de riesgo y las enfermedades asociadas, resultado que nos hace implantar medidas para un mayor control y seguimiento de las patologías, lo cual no lleva a investigar y realizar un análisis multivariante de, índice de masa corporal, tipo de pezón, los senos voluminosos o que aumenten de tamaño y las areolas grandes, así como realizar evaluaciones del tipo de piel, con su posterior implicación en el inicio e instauración de la lactancia materna. Anemias importantes y la enfermedad talasémica (34%) pueden llegar a tener repercusiones en la recuperación postparto y en los niveles de cobre como oligoelemento esencial para la formación de colágeno y elastina, así como en los valores de tirosina, importantes para la formación de melanina, cuya deficiencia puede ser favorecedora de alteraciones en la piel.

Analizar los posibles factores asociados, y posibles variables implicadas en la aparición de grietas en el pezón, además de implantar medidas de prevención antes del alta y durante la inicio e instauración de la lactancia, nos aporta mejoras en el manejo no-farmacológico y farmacológico, de tratamientos a seguir posteriormente una vez desarrolladas las grietas.

Implantar sistemas de registros informatizados y formularios que disminuyan la variabilidad para el diagnóstico y nos ayudan a reconocer la variabilidad en la asistencia y el correcto uso de los registros, sin infravalorar ni subestimar la aparición de irritación, dolor o grietas entre los profesionales implicados.

Tener en cuenta la entrevista a todas las madres que van a iniciar lactancia materna para poder detectar y registrar antecedentes, así como incidencias en lactancias previas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.- Dennis C-L, Jackson K, Watson J, Intervenciones para el tratamiento del dolor del pezón en mujeres que lactan.Revisión sistemática Cochrane - Intervención Versión publicada: 15 diciembre 2014.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007366.pub2>

2.- Moraes M; Da Silva L, Faliu B, Sosa C. Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma del pezón previo al alta hospitalaria. Arch Pediatr Urug. 2011; 82 (1); 10-17.

- 3.- Vieira GO, Martins C, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *J Pediatr (Rio J)* 2010; 86(5): 441-4.
- 4.- Pérez R, Domingo C, La acupuntura como tratamiento en los problemas de Lactancia. *Musas*, vol. 3, núm. 1 (2018): 57 - 78. ISSN 2385-7005. DOI: 10.1344/musas2018.vol3.num1.4
- 5.- Caballero Ortiz V, Caballero Ortiz I, Ruiz Gonzalez M, Caballero Ortiz A, Muchuli Caballero Y, Factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva en un área de salud. *MEDISAN* 2013; 17(3): 455.
- 6.- Parellada Esquiús N, García Casanova MC, Pi Juan M, García Casanova S, Ruiz Mariscal E. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? *Aten Primaria*. 2005; 35:295-300.
- 7.- Betzold CM. An update on the recognition and management of lactational breast inflammation. *J Midwifery Womens Health*. 2007; 52 (6): 595-605.
8. Carreras M Sección: Especial Revista: *Matronas Prof.* 2001; 2 (3) : 19-21. Ver artículo completo en PDF. *Matronas Profesión*. López de Hoyos, 286

AUTORES/AUTHORS:

Patricia Del Rio Martinez, Maribel Lopez Garcia, Yolanda Miranda Narbaiza, Josune Martinez de Lejarza, Miren Arantza Cearreta Basagutxibeaskoa, Purificacion Gomez Martinez, Maria Angeles Gallego Larrañaga, Amagoia Arregi Aramendi, Arantzazu Arrospide Elgarresta

TÍTULO/TITLE:

SATISFACCION MATERNA SOBRE CUIDADOS EN LACTANCIA MATERNA EN UNA PLANTA DE MATERNIDAD DE UN HOSPITAL COMARCAL

OBJETIVO:

Describir la satisfacción materna en cuanto a las intervenciones que se realizan para promover la lactancia materna (LM) durante el ingreso hospitalario materno tras dar a luz. Asimismo, como objetivos secundarios se pretenden determinar las circunstancias en las que se desarrollan los cuidados en lactancia como contacto piel con piel (CPP), el apoyo a las puérperas y aspectos de la promoción de la lactancia materna que quedan sin resolver.

METODOS:

Se distribuye la encuesta de satisfacción diseñada por el grupo del estudio multicentrico "Evaluación de intervenciones para la promoción de la lactancia materna y satisfacción de las mujeres lactantes en el ámbito hospitalario" de centros BPSO que implantan la guía BPSO-LM en primera y segunda cohorte a nivel nacional. En éste estudio se describen los datos correspondientes a una organización sanitaria integrada participante de dicho estudio. Se realiza un estudio descriptivo, observacional y transversal de pacientes ingresados en planta de maternidad del hospital comarcal, tras un muestreo consecutivo de pacientes desde Junio del 2018 a Abril 2019 (N: 240).

El estudio original multicentrico pasó el comité de ética de los dos centros coordinadores del proyecto.

La encuesta es anónima y autoadministrada: contiene 32 ítems (4 ítems sobre cuestiones sociodemográficas, 28 ítems sobre la información y/o apoyo recibido a la LM). La encuesta se traduce al euskera por el servicio de euskera de nuestro centro, y se realiza un pilotaje para valorar la comprensión de ambas encuestas (por ser ambas lenguas -castellano y euskera- oficiales en nuestra comunidad autónoma).

Se administra la encuesta a mujeres sanas, con bebé nacido de parto único, a término, sin anomalías severas, con peso superior o igual a 2500 gramos al nacer, con test de Apgar mayor o igual a 5 a los 5 minutos de vida, que hayan dado lactancia materna durante algún momento del ingreso en la planta de maternidad. Se excluyen aquellas puérperas analfabetas, aquellas que no comprenden el lenguaje castellano o euskera o aquellas con déficit cognitivo o mental, así como aquellos binomios madre-bebé que tienen que ser separados o trasladados a otra unidad (neonatal o unidad de reanimación).

Se recogen las encuestas en una base de datos Access, y posteriormente se realiza el análisis estadístico de los datos mediante frecuencias absolutas y relativas en el caso de las variables discretas y utilizando la media y la desviación estándar para las variables continuas.

RESULTADOS:

Se recoge un total de 236 encuestas de satisfacción. La cumplimentación de las encuestas se consigue en el 98% de las familias. Se excluyen 11 encuestas por no cumplir criterios de inclusión (5 encuestas por peso del bebé inferior a 2500 gramos al nacimiento, 4 encuestas por edad gestacional < 37 semanas de gestación y 2 encuestas por ambos datos desconocidos) y se excluyen 2 encuestas por presentar el criterio de exclusión de desconocimiento del idioma de las encuestas, resultando un total de 223 encuestas válidas.

En cuanto a variables sociodemográficas, la edad media materna eran 34 años, el 65.9% de las ellas con educación superior (estudios universitarios), el 62.3% son trabajadoras por cuenta ajena y el 15% desempleadas o trabajadoras en casa. El 82.1% de las familias viven en ámbito urbano, el 14.8% en ámbito rural. El 46.6% de las madres eran primíparas, de las 52.9% restantes el 97.5% habían dado lactancia materna en embarazos previos, con una LM satisfactoria en el 91.3% de los casos.

El peso medio de los recién nacidos, a término, al nacimiento, fue de 3420 gramos. El 78.9% de los partos fueron eutócicos vía vaginal, el 11.2% fueron partos vaginales instrumentados y el 9.9% nacieron mediante cesárea. El tipo de alimentación al alta hospitalaria fue de LME en el 91.9% de los casos, Lactancia mixta en el 5.8% y lactancia artificial (LA) en el 0.9% de los recién nacidos. Los suplementos de LM o LA se administraron preferentemente con dedo y sonda o sonda al pecho (66.7%), con vasito (22.2%) o dedo jeringa (27.8%). Siempre que se utilizaron tetinas-biberón (n=4) fue a petición materna. Ningún recién nacido había tomado otro alimento distinto de leche durante la estancia hospitalaria.

En cuanto a la valoración materna sobre la información y apoyo recibido en torno a la LM, el 95.5% refieren haber recibido información verbal (72.8% recibieron información en torno a los beneficios de la LM, 74.2% en cuanto a la alimentación a demanda, 62.9% recibieron información sobre el alojamiento conjunto y 53.5% sobre los grupos de ayuda y apoyo a la lactancia tras el alta). El grado de satisfacción relacionada con la información recibida fue alta (5-6/6 puntos) en el 88.3% de las encuestadas.

Se realizó CPP en el 96% de los recién nacidos (de los 9 que no realizaron CPP 5 de ellos fueron cesáreas urgentes donde la situación de clínica de la madre o el bebé imposibilitó la realización de ésta práctica, 8 de éstos 9 bebés realizaron CPP con la pareja de la madre). En el 82% de los encuestados el CPP se realizó durante más de una hora tras el nacimiento. En el 83.9% de las encuestadas se consiguió la primera toma de LM en el paritorio, en el 12.6% en la planta de maternidad y en el 2.7% se consiguió en quirófano. El grado de satisfacción relacionada con el CPP fue alto (5-6/6 puntos) en el 96.9% de las encuestadas.

Durante el ingreso hospitalario se trabajan diferentes aspectos relacionados con la LM, siendo valorado por las encuestadas como aspectos trabajados: colocación del bebé al pecho (91.9%), agarre del bebé al pecho (90.6%), extracción de leche (62.3%), número de tomas diarias de LM (51.1%), identificar señales de hambre en el bebé (54.3%) y signos de satisfacción del bebé (44.8%), hábitos saludables durante la LM (19.8%) y cuidado e higiene de las mamas (63.8%). El 96.4% de las encuestadas referían que algún profesional había valorado el amamantamiento del bebé. El grado de satisfacción relacionada con la información recibida sobre la técnica de LM fue alta (5-6/6 puntos) en el 87.9% de las encuestadas.

Durante la estancia hospitalaria se promueve el alojamiento conjunto y la separación cero del binomio madre-hijo, sin embargo en el 32.3% de los casos hubo separación para el aseo del bebé, valoración del pediatra o realización de pruebas en el bebé principalmente, siendo siempre acompañado el bebé por el padre u otro familiar.

El 89.2% de las encuestadas referían que los profesionales sanitarios habían resuelto sus dudas referentes a la LM, un 6.3% refiere no haber precisado dicha ayuda.

DISCUSION:

Las encuestas de satisfacción distribuidas muestran resultados positivos en cuanto a las prácticas en cuidados y promoción de la lactancia materna que se ofrecen en nuestro centro. El grado de satisfacción de las madres que realizaron la encuesta fue alta (5 o 6 punto de 6 puntos máximos) en todas los ámbitos encuestados.

Los profesionales sanitarios deben informar, asesorar, empoderar y apoyar a las familias para poder conseguir una lactancia materna exclusiva en todos los bebés recién nacidos. Existe múltiple evidencia de la efectividad del apoyo prenatal y postnatal para conseguir aumentar las tasas de LM y de LME.

Hasta ahora desconocíamos el grado de satisfacción materna en referencia a las intervenciones ampliamente recomendadas y realizadas en el periodo postnatal (tales como el CPP, valoración de la toma, agarre y succión, alojamiento conjunto, la evitación de tetinas, información y apoyo...). A través de la encuesta de satisfacción distribuida hemos conocido el grado de satisfacción de las madres de los bebés recién nacidos de nuestra comarca y la valoración positiva de los cuidados que reciben.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Nota descriptiva N°342. 2016. [Consultado 7/4/18], Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/global/es/
2. Haroon, S., Das, J. K., Salam, R. A., Imdad, A., & Bhutta, Z. A. (2013). Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC public health*, 13(3), S20
3. Grummer-Strawn, L. M., Shealy, K. R., Perrine, C. G., MacGowan, C., Grossniklaus, D. A., Scanlon, K. S., & Murphy, P. E. (2013). Maternity care practices that support breastfeeding: CDC efforts to encourage quality improvement. *Journal of Women's Health*, 22(2), 107-112.
4. Registered Nurses' Association of Ontario. Lactancia Materna. Guía de buenas prácticas en enfermería. 2007. [Consultado 7/3/18] Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/D0015_564_Lactancia_022014.pdf
5. Balogun O, Dagvadorj A, Anigo M, Ota, E, Sasaki S. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: A quantitative and qualitative
6. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, et al,. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104(467):114-34
7. World Health Organization (WHO) Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and services. [actualizado 2017; citado 10 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>
8. Shealy KR, Ruowei L, Benton-Davis, S, Grummer-Strawn, LM. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The CDC Guide to breastfeeding interventions [actualizado 2013; citado 15 marzo 2017]. Disponible en: https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/breastfeeding_interventions.pdf

Mesa de Comunicaciones 11: Práctica Clínica y cuidados oncológicos**Concurrent Session 11: Clinical practice and Oncology****AUTORES/AUTHORS:**

MARTA FERNANDEZ GONZALEZ, ELIA GÓMEZ LOSADA, AGUSTIN MARCOS BLANCO, ELISABETH LAFUENTE CABRER

TÍTULO/TITLE:

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LOS DISPOSITIVOS VENOSOS PICC/MIDLINE DE INSERCIÓN ECOGUIADA EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

OBJETIVOS

Describir el perfil del paciente que ha precisado colocación de catéter venoso central de inserción periférica (PICC) o catéter venoso de línea media (midline) de inserción ecoguiada en una unidad de hospitalización de enfermedades infecciosas (UHI) de un hospital de tercer nivel.

Conocer las características asociadas a lo largo de la vida del catéter..

METODOLOGIA

Estudio descriptivo, transversal. Sujetos de estudio: todos los pacientes ingresados en la UHI desde Diciembre de 2016 hasta Abril de 2018 portadores de PICC o midline de inserción ecoguiada. Variables: sociodemográficas y clínicas del paciente (días de ingreso hasta la colocación, comorbilidad, dispositivos venosos previos), relacionadas con los factores ligados al catéter (tipo y duración del tratamiento endovenoso, motivo de retirada). Se recogieron datos a partir del registro electrónico de enfermería. Se llevó a cabo análisis descriptivo univariado de todas las variables (medias y desviación estándar, frecuencias y porcentajes) y bivariado con prueba de Chi Cuadrado y t de Student, se utilizó el software SPSS v 22.

.-

RESULTADOS

N=170 catéteres implantados (132 midline y 38 PICCs), 89 mujeres, 15 adictos a drogas vía parenteral, 45 con obesidad y 26 padecieron un síndrome confusional agudo durante la vida del catéter. La media de edad fue de 65 años. El número de vías periféricas insertadas antes de la solicitud de midline/ PICC fueron 3.97 (DE 3.44), la media de ATB administrados por catéter fue 1.68 (DE 1.06). Motivos de retirada: fin de tratamiento 104, autorretirada 30, problemas mecánicos 15, pauta médica 9, extravasación 3, signos de infección 2, colocación de otro dispositivo 1, edema 1, obstrucción 1, alta hospitalaria 1 y trombosis 1. La mediana de días de tratamiento fue de 13 días (DE 30.27) máximo de 221 días y mínimo de 0 días. Considerando como exitoso un catéter que ha sido retirado por finalización de tratamiento, de los 170 catéteres fueron exitosos 103 (60.6%) y no exitosos 66 (38.8%) (1 pérdida de seguimiento).

Análisis bivariante: se asocia de forma negativa el estado confusional con el éxito del catéter ($p < 0.001$; IC95%). No se aprecian asociaciones significativas entre el resto de variables estudiadas.

DISCUSION

La incorporación de una enfermera referente en inserción de PICC y midline ha implicado que en nuestra unidad de hospitalización, un gran número de pacientes sean candidatos a ser portadores de este tipo de dispositivo a causa del tratamiento endovenoso de larga duración. En el caso del síndrome confusional, la asociación negativa con el éxito del catéter hace replantear si debería determinarse un perfil de pacientes que realmente

podieran beneficiarse, valorando los beneficios, riesgos y recursos implicados en el procedimiento. Serían necesarios estudios de corte longitudinal para determinar el impacto de las diferentes variables implicadas en el proceso, y poder así establecer criterios razonables y científicamente fundamentados para la colocación de este tipo de catéteres. Implicaciones para la práctica: aunque el diseño empleado no permite establecer relaciones de causalidad, pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo estudios con el objetivo de establecer un algoritmo de decisión para la implantación de este tipo de catéteres.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública Higiene. Estudio de Prevalencia de las infecciones Nosocomiales en España. EPINE-EPPS. [Internet]. España; 2017. [Actualizado 9 Noviembre 2017; citado 30 Mayo del 2018]; Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/Global/EPINE-EPPS%202017%20Informe%20Global%20de%20Espa%C3%B1a%20Resumen.pdf>
- 2 Infusion Nursing Society. Infusion Therapy Standards of Practice. J Infus Nurs. 2016; 39 (1).
- 3 Pittiruti M, Scoppettuolo G. Manual GAVeCeLT sobre catéteres y midline. Indicaciones, inserción, mantenimiento y gestión. Milán: Edra; 2016.
- 4 Maki, DG ; Kluger, DM ; Crnich, C J . Risk of Bloodstream Infection in Adults With Different Intravascular Devices: A Systematic Review of 200 Published Prospective Studies. Mayo Clinic Proceedings ; 2006: 81(9):1159-71.
- 5 Programa de Vigilància de les Infeccions Nosocomials als Hospitals de Catalunya (Programa VINCat) [Internet]. Cataluña; 2016. [Actualizado 9 Noviembre 2017; citado 21 Abril 2018]. Disponible en: <http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/vincat/documents/informes/Informe-2016.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

Dolores Merino-Navarro, Rafaela Camacho-Bejarano, Cristina Diaz-Perianez, Maria Isabel Mariscal-Crespo

TÍTULO/TITLE:

Estudio piloto de la implementación del Programa Integrado de Autocuidado en mujeres afectadas de cáncer de mama

El cáncer representa uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados que genera elevados costes, tanto sanitarios como de índole afectiva y social, y requiere de un abordaje multidisciplinar y coordinado. (PIOA, 2007-2012)

El cáncer mama constituye la principal neoplasia en la mujer a partir de los 45 años de edad. Una vez que el problema del tumor finaliza la fase de diagnóstico y tratamiento, es considerado un problema crónico de salud. Las secuelas que acompañan a las mujeres con este problema crónico son de diversa índole y hasta el momento, sólo es atendido cuando las mujeres reclaman asistencia en el centro de salud como centro de referencia. Al contrario que en otros problemas de salud, estos no disponen de un programa de continuidad del proceso y se contemplan problemas aislados según la demanda de las mujeres. El principal problema es el bajo nivel de adaptación de las mujeres ante la nueva situación.

El autocuidado es sólo un aspecto de la vida saludable, pero sin un autocuidado continuo que tenga una calidad terapéutica, se alterará el funcionamiento humano integrado. Los buenos hábitos de salud son esenciales para mantener la salud, pero la habilidad para cambiar los hábitos antiguos para cubrir los nuevos requerimientos puede ser igualmente esencial. La educación en el autocuidado, no sólo el entrenamiento en las prácticas de autocuidado, es necesaria para el desarrollo de conocimiento, habilidades y actitudes positivas relacionadas con el autocuidado y la salud (Orem, 1995: 201). Autodirigirse hacia un estado de bienestar y de funcionamiento integrado promovería la dignidad y la belleza humanas incluso en la enfermedad y discapacidad.

La estrategia que se propone está centrada en el desarrollo de las capacidades de las mujeres tratadas de cáncer de mama para los autocuidados específicos derivado de su problema de salud y tiene la intención de mejorar la calidad de vida de estas mujeres.

OBJETIVO: El objetivo de este trabajo es evaluar el Programa Integrado de Autocuidado en mujeres afectadas de cáncer de mama en la provincia de Huelva

MÉTODO: Hemos optado por un diseño cuasiexperimental pretest-postest con grupo control a una muestra de mujeres que han sido diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama en la Unidad de Gestión Clínica Paciente Oncológico del Hospital Juan Ramón Jiménez de la provincia de Huelva tras un periodo superior a seis meses de recibir el último tratamiento.

Las variables que se han tenido en cuenta han sido: variables sociodemográficas y clínicas, la variable nivel de las Capacidades de Autocuidado específico del cáncer de mama, nivel de calidad de vida y satisfacción de la atención recibida. Los instrumentos validados han sido el cuestionario CAESCAM, (Mariscal, 2007), WHOQOL-BREF (OMS, 1998) y SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988).

La intervención denominada "Programa Integrado de Autocuidado Específico en mujeres afectadas de cáncer de mama durante la etapa de seguimiento" ha consistido en la realización de sesiones educativas individuales en su domicilio para detectar las necesidades de Autocuidados según el Modelo de Autocuidados de Orem y contextualizado por Mariscal, (2007).

Posteriormente se ha realizado un seguimiento telefónico al mes, tres, seis meses y al año de la intervención con el apoyo de un blog específicamente diseñado para este estudio.

El objetivo general del programa es aumentar el grado de desarrollo de competencias en autocuidados de las mujeres afectadas de cáncer de mama para conseguir restablecer el equilibrio de su salud y bienestar.

Los objetivos específicos son que las mujeres:

- Conozcan el problema de salud del cáncer de mama desde una visión integral.
- Comiencen a desarrollar una actitud positiva, de autocontrol y empoderamiento de su salud.
- Conozcan los Autocuidados: generales para el mantenimiento de la salud, de desarrollo personal e la interacción social y los específicos del cáncer de mama.
- Desarrollen habilidades para los autocuidados en cada una de sus facetas.

La estrategia educativa sigue el hilo conductor planteado en el Modelo Integrado de Autocuidado Especifico (Mariscal, 2007). Los bloques temáticos corresponden a los conceptos relacionados con las tres facetas definidas en dicho modelo:

Autocuidados generales de mantenimiento de la salud,
Autocuidados de desarrollo personal e interacción social y
Autocuidados relacionados con el cáncer de mama.

Las actividades que se han desarrollado por parte de los Agentes de autocuidados han sido para decidir lo que puede y debería hacer, exponer los elementos de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

Según las consideraciones del programa, las mujeres afectadas de cáncer de mama deben incorporar la prescripción de autocuidados, proporcionados por su enfermera e incluirlos a su rutina diaria. Esta prescripción se entrega por escrito para que sea recordada en caso necesario y además está disponible en el blog diseñado para el seguimiento de este Programa.

El programa se ha llevado a cabo en un entorno dónde el trabajo de las mujeres, así como el de la enfermera se encuentran al mismo nivel y se favorece una relación de comunicación de confianza en ambas direcciones y dónde cobra mayor protagonismo las acciones emprendidas por las mujeres que se comprometen en incluir la prescripción de autocuidados terapéuticos en sus autocuidados. Para que esto sea lo más cercano posible al terreno de las participantes se ha elegido la visita domiciliaria como estrategia de acercamiento y se han empleado unos materiales de apoyo que describimos a continuación.

Para valoración de cada una de las mujeres del grupo de intervención se ha realizado una o dos visitas a domicilio el grupo control sólo una.

En la primera visita (solo en los casos del grupo de intervención) se realiza la valoración individual y se establece el diagnóstico de déficits que deben ser mejorados. Seguidamente, se inicia una sesión de información específica para cada caso y se ofrece información escrita y blog de consulta, datos de contacto, prescripción de los autocuidados.

Todas las intervenciones se han realizado en domicilio y una vez establecido el nivel de confianza necesario, se han efectuado mediante seguimiento telefónico, revisión en domicilio, acompañamiento en la autogestión, derivación a otros profesionales o expertos...

Según las demandas detectadas individualmente, se aplica la intervención de apoyo educativo específico para el cáncer de mama dónde se reflejan los principales déficits de autocuidados que requieren de un seguimiento y evaluación posterior.

Material de apoyo: Para el desarrollo de este programa se han elaborado algunos materiales propios y otros se han utilizado del repertorio de materiales utilizados específicamente para los casos de cáncer de mama. Entre ellos se ha utilizado:

Una prótesis de mama, que generalmente es prescrita por el oncólogo según el documento oficial correspondiente.

Ropa adaptada. Los sujetadores cubren prácticamente todas las necesidades de ropa interior incluso la empleada para la actividad física y el deporte.

Manga elástica. Para la prevención y tratamiento del linfedema se utilizan vendas y guantes y material accesorio. Existen distintos

tipos, características y medidas que se pueden adaptar a las necesidades de las usuarias.

Otros recursos. Hemos seleccionado folletos específicos de apoyo durante el proceso como ha sido un manual de seguimiento, hoja de prescripción de los autocuidados, un resumen de los contenidos del programa, folleto general sobre el cáncer y 2 CD, uno de relajación y el otro sobre ejercicios para la prevención del linfedema.

En todos los casos se ha ofrecido ofrece una tarjeta con los datos de contacto y teléfono móvil para la atención exclusiva de las mujeres participantes en este proyecto. Entendemos que el programa, aunque se realiza con apoyo visual, estos pueden ser insuficientes. Por este motivo se ha diseñado un sistema de apoyo escrito que facilite el recuerdo de la sesión inicial.

Siempre se ha facilitado un resumen de la prescripción de los materiales utilizados para el Autocuidado por parte de la agencia de enfermería.

El Programa además cuenta con un soporte informativo basado en las tecnologías de la información y comunicación (Tics). Se ha recurrido a la creación de un blog centrado en todos los contenidos desarrollados en el Programa y se puso a disposición de las mujeres haciéndose público antes del comienzo de las visitas.

Se han realizado enlaces a las principales fuentes de información relacionadas con el cáncer de mama y se ha abierto una cuenta de correo electrónico específico para este Programa y publicada en el blog. Este recurso además de ofrecer información específica, las mujeres pueden consultar, opinar e incluso ponerse en contacto por correo electrónico.

RESULTADOS: De las 87 mujeres diagnosticadas, se han aplicado los criterios de inclusión y exclusión y se ha realizado una asignación al azar a un total de 50 mujeres de las que 25 pertenecen al grupo de intervención y otras 25 al grupo control. Para el análisis de contraste de hipótesis se ha tenido en consideración el tamaño de la muestra de mujeres participantes, aplicando las prueba t de contraste de medias y un valor de $P < 0,05$ y pruebas no paramétricas para la comparación de los grupos.

Los resultados nos indican que ambos grupos eran de características similares y que existe un déficit de Autocuidados en todas las dimensiones (Ac. Generales, Ac. de desarrollo personal e interacción social y Ac específicos del problema de salud. La salud percibida es mejor valorada con un nivel medio alto.

Tras recibir el Programa educativo, las mujeres del grupo de intervención presentan mejoras en todos los niveles de Autocuidados, salud percibida y satisfacción que las mujeres del grupo control.

En la comparación de la medida antes y después de la intervención en cuanto a las capacidades de Autocuidados, se ha hallado una relación significativa en relación con los conocimientos y a las practicas de Autocuidado especialmente no siendo significativas las correspondientes a la medida de la actitud de las mujeres.

En cuanto la salud percibida, las mujeres del grupo de intervención muestran valores de mejora en la puntuación total y superan los valores del grupo control sobre todo en las dimensión psicológica, social y ambiental.

Los resultados de la satisfacción con la atención recibida, muestra las diferencias más significativas en el grupo de intervención sobre todo en los aspectos relacionados con la satisfacción con la orientación de otros servicios, prontitud en la atención recibida, conocimientos de la enfermera sobre su problema de salud y la orientación a otros profesionales.

DISCUSIÓN: Por los resultados obtenidos, podemos afirmar que el pilotaje del Programa ha sido evaluado muy positivamente y sería recomendable ponerlo en práctica.

La necesidad de mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer y en nuestro caso las mujeres afectadas de cáncer de mama, sería adecuado considerar la incorporación de profesionales de enfermería con un perfil de Practica Avanzada en los distintos escenarios dónde implantar este Programa como pueden ser: la consulta de seguimiento de las unidades de gestión clínica oncológica de los Hospitales de referencia, y por otro lado, desde las unidades de gestión de Atención Primaria de Salud.

Dada la complejidad y especificidad del programa y su alta competencia en los procesos de cáncer, se hace necesaria la implantación de los nuevos roles de Enfermería de Practica Avanzada oncológica que lleven a una realidad los Programas Integrados de Autocuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Consejería de Salud. (2007). II Plan integral de oncología 2007-2012. Sevilla: Obemedia S.C.

camacho Bejarano)2014) Evaluación del proceso asistencial de Cancer de mama. Tesis Doctoral. Repositorio Arias Montano Universidad de Huelva.

Dodd, M., & Dibble, S. (1993). Predictors of self-care: a test of Orem's theory. . *Oncology Nursing Forum*, 20(6), , 895-901.

Mariscal, M. (2007). Autocuidados y salud en mujeres afectadas de cáncer de mama. Ontario.

Merino Navarro, D. Impacto del Programa Integrado de Autocuidado en mujeres afectadas de cancer de mama. (2012) Repositorio de tesis doctoral de la Universidad de Alicante

OMS. (2003). Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio. Mexico: Organización Panamericana de la Salud.

Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5ª ed). St. Louis: Mosby.

Mesa de Comunicaciones 12: Práctica Clínica

Concurrent Session 12: Clinical practice

AUTORES/AUTHORS:

Sandra Ponce Ruiz, Esperanza Zuriguel Pérez, Esther Les Morell, Consuelo Álvarez Lorenzo, Jose María Moreno Luque, Vanessa Díaz Alvira, María José González Gutiérrez, Cristina Vilarroya Llobet

TÍTULO/TITLE:

Experiencias, percepciones y necesidades en pacientes sometidos a aislamiento clínico. Estudio fenomenológico

1. Objetivos

Explorar el significado de las vivencias de las personas que han estado sometidas a un aislamiento hospitalario durante su ingreso. A su vez, se busca identificar las percepciones de las personas ante un aislamiento hospitalario y describir las necesidades de las personas durante el aislamiento.

2. Métodos:

Estudio cualitativo descriptivo fenomenológico. Se llevó a cabo en una unidad de Traumatología del Hospital Vall d'Hebron (Barcelona) durante 2019. Los participantes fueron personas hospitalizadas que requirieron precauciones de aislamiento clínico durante su ingreso. Como criterios de inclusión, ser mayor de 18 años, que hubieran estado en situación de aislamiento durante más de 15 días, capaces de entender y expresarse en castellano o catalán, que voluntariamente desearan participar y firmaran consentimiento informado. Se excluyeron personas con desorientación temporo espacial. La selección fue secuencial. Los participantes fueron 6 personas. La recogida de datos se realizó mediante la entrevista en profundidad semiestructurada. La duración media fue de una hora registrándose su contenido mediante la grabación de audios. Se recogieron notas de campo y observaciones. La recogida de datos se dio por finalizada cuando se alcanzó la saturación de datos. Los datos se analizaron según el método propuesto por Cohen y col. Se ha seguido los criterios de rigor de Guba y Lincoln y se garantizó la voluntariedad y confidencialidad de los datos.

3. Resultados:

Emergieron 4 categorías: la soledad (sentimiento de tristeza, desesperación y ansiedad), sentirse el último (sentimiento de abandono y de baja autoestima), la incomunicación (sentimiento de desinformación) y la desatención (percepción de abandono).

4. Discusión:

Las personas sometidas a un aislamiento hospitalario han manifestado sentimientos de soledad, incomunicación y percepción de desatención. Por otra parte necesidades y las vivencias se encuentran íntimamente ligadas. Han surgido necesidades relacionadas con la comunicación, flexibilidad, seguridad, apoyo psicológico y actividades recreativas. Conocer la experiencia de las personas permitirá establecer unas actuaciones dirigidas a minimizar sentimientos negativos y favorecer una evolución más satisfactoria de su proceso. Adoptar medidas para la satisfacción de las necesidades, permitirá mejorar la vivencia.

Señalar que el formar parte del campo de investigación ha podido constituir un sesgo, esto se ha tratado de evitar proporcionando información sobre el significado de la investigación desvinculándola del cuidado. La conformación de la muestra puede ser otra limitación al no haber contemplado la edad de los participantes.

Por último, comentar que se han abierto nuevos interrogantes como explorar la vivencia de las familias de las personas en situación de aislamiento o conocer las vivencias y necesidades de las personas en situación de aislamiento en función del género y edad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Malhotra P et al. Reengineering the patient's environment: Establishment of a "Red Box" to improve communications with patients on isolation precautions. *American Journal of Infection Control* 2018;47 (3): 264-267
2. Barratt R, Shaban R, Moyle W. Behind barriers: patient's perceptions of source isolation for Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Australian Journal of Advanced Nursing* 2011;28(2):53-59
3. Barratt R, Shaban R, Moyle W. Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 2011;39(2):180-193
4. Abad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*

2010;76:97-102

5. Lupión C, Antúnez M J, González C, Romero C, Rodríguez J. Effects of isolation on patients and staff. American Journal of infection control 2015;43:397-399

6. Mei M et al. An exploration of the psychologic impact of contact isolation on patients in Singapore 2013;41:111-113

7. Trejo F. Fenomenología como método de investigación: una opción para el profesional de enfermería. Enf Neurol (Mex) 2012;11(2):98-101

8. Campos P, Aparecida M, Fernandes G. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. Cultura de los Cuidados 2011;29:9-15

9. Palacios D, Corral I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. Enfermería Intensiva 2010;21(2):68-73

Mesa de Comunicaciones 13: Enfermería y profesión

Concurrent Session 13: Nursing profesion

AUTORES/AUTHORS:

Amalia Sillero, Adelaida Zabalegui

TÍTULO/TITLE:

Impacto de la atención de enfermería en los resultados de seguridad y satisfacción del paciente quirúrgico

Introducción:Garantizar una atención sanitaria segura y de calidad es el objetivo básico de cualquier sistema de salud, siendo la seguridad del paciente una de las mayores preocupaciones en la actualidad. En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha situado la seguridad del paciente como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad asistencial, quedando así reflejado en el del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud que viene desarrollando desde el 2005 (1). La mejora de la seguridad del paciente requiere, además del acceso a los recursos disponibles y la adecuada gestión sanitaria, un esfuerzo conjunto de todos los profesionales de salud que forman parte del equipo asistencial. Dentro de dicho equipo, destaca la atención de enfermería cuya labor fundamental es el cuidado directo de la persona que está haciendo uso del servicio de salud. Por ello, un mejor conocimiento de la práctica de enfermería y de las percepciones de estos profesionales es importante para formular políticas de gestión que valoren el riesgo específico de cada paciente, así como el contexto organizativo en que cual se actúa profesionalmente (2). La investigación del entorno de la atención de enfermería ha sido especialmente relevante en los últimos años debido a la crisis económica sufrida por Europa y a las severas medidas de austeridad impuestas al sistema sanitario de algunos países como Grecia, España o Portugal (3). En la literatura encontramos diferentes estudios que abordan los problemas frecuentes de la atención de enfermería relacionados con su entorno laboral. Así, un ambiente de trabajo positivo se ha asociado con menor desgaste profesional o burnout y menor intención de abandono laboral, además de un incremento de la satisfacción laboral (4). Por el contrario, un entorno laboral negativo puede tener un impacto importante en los resultados de la calidad asistencial y seguridad de los pacientes, con el incremento de los eventos adversos e incluso de la mortalidad así como el aumento de los costes sanitarios (5). Se estima que cada año se realizan en el mundo 234 millones de intervenciones quirúrgicas. La atención quirúrgica conlleva un riesgo considerable de complicaciones y los errores en ese ámbito contribuyen a aumentar la carga de morbilidad, a pesar de que el 50% de las complicaciones que surgen en la atención quirúrgica pueden evitarse (6). La labor de los profesionales de enfermería en el área perioperatoria resulta crítica a la hora de ofrecer unos cuidados de calidad y seguridad al paciente durante todo el periodo perioperatorio . En este sentido, la motivación y satisfacción de estos profesionales en su entorno laboral es esencialmente relevante. Algunos autores han investigado la relación entre la dotación de personal de enfermería perioperatoria y las complicaciones en los pacientes quirúrgicos (7). Sin embargo, el entorno de enfermería en el ámbito de la atención perioperatoria ha sido poco estudiado y por ello nos planteamos investigar el impacto del entorno laboral de enfermería perioperatoria en los resultados de seguridad y satisfacción de los pacientes quirúrgicos,

MÉTODOS

Se diseñó un estudio estudio transversal, correlacional y multinivel, dónde el nivel 1 fueron una muestra de conveniencia de 150 pacientes intervenidos de diferentes especialidades y el nivel 2 las 105 enfermeras del área quirúrgica que los atendieron durante el proceso perioperatorio (pre-trans y postoperatorio del paciente). El tamaño de las muestras se calculó teniendo en cuenta un intervalo de confianza (IC) del 95%, bajo el supuesto de máxima interminación ($p=q=50\%$), y un margen de error de $\pm 1,19\%$ y $\pm 1,13\%$ para la muestra de enfermeros/as y de pacientes, respectivamente. En la muestra de enfermería perioperatoria se recogieron los datos sociodemográficos (edad y sexo) y laborales (formación académica, experiencia laboral, tipo de contrato y nivel de compromiso con la institución). Para medir la percepción del entorno laboral se utilizó la versión en español del cuestionario Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) validada por Fuentelsaz-Gallego y col. (8). Consta de 31 ítems y se estructura en cinco factores: (1) dotación de personal y recursos; (2) relaciones laborales entre enfermeros/as y médicos; (3) aptitud, liderazgo y apoyo de los supervisores; (4) fundamentos de enfermería para la atención de calidad; y (5) participación de los enfermeros/as en asuntos del hospital. Para medir el desgaste profesional o burnout del personal de enfermería se empleó la versión española del Maslach Burnout Inventory (MBI)(9). Consta de 3 dimensiones: Agotamiento emocional (AE), Despersonalización (DP) y Realización personal (RP). Contiene 22 ítems medidos en una escala Likert de 1 a 7 puntos. La satisfacción laboral de los profesionales de enfermería se valoró mediante un cuestionario basado en la metodología empleada en el estudio Registered Nurse Forecasting (RN4CAST) consta 9 aspectos laborales: flexibilidad de horarios, desarrollo profesional, autonomía, estatus, salario,

formación, vacaciones, bajas por enfermedad y permisos por estudios. En el caso de los pacientes, se recogieron los datos sociodemográficos (edad y sexo), la especialidad de cirugía a la que fueron sometidos, la presencia de comorbilidad y el tiempo de estancia en el hospital. La satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería se utilizó la versión validada en español del cuestionario LaMonica-Oberst Patient Satisfaction Scale 12 (LOPSS-12), compuesto por 12 ítems. Los cuestionarios fueron autocumplimentados, previa firma de un consentimiento informado.

Se realizó un análisis descriptivo de las características de los profesionales de enfermería y de los pacientes, También análisis bivariados y posteriormente se realizó un modelo de regresión multinivel, univariante y multivariante, Se consideraron únicamente aquellas variables que resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,01$). Para este análisis se empleó el paquete estadístico STATA Statistics Data Analysis v.12.0. Se siguieron rigurosamente las recomendaciones éticas internacionales para investigación médica en humanos. El estudio fue aprobado por el Comité de ética del Hospital.

Los resultados de los datos sociodemográficos y laborales de los profesionales de enfermería fueron el 91,5% de los profesionales de enfermería eran mujeres. La edad media fue de 43,4 años. La media de edad de las mujeres fue de 44,0 años superior a la de los hombres que fue de 36,7 años. La media de experiencia laboral de los profesionales fue de 21,6 años en total y de 14,0 años en el lugar de trabajo actual. Por lo que respecta a los pacientes el 51,3% de los pacientes que participaron en el estudio eran varones. La edad media fue de 63,6 años. La media de la edad de las mujeres fue de 64,8 años. El 46% de los pacientes presentaba algún tipo de comorbilidad.

Resultados de seguridad de los pacientes

El 38% de los pacientes que formaron parte del estudio presentaron algún tipo de evento adverso durante el proceso quirúrgico, desde el momento del ingreso hasta 30 días después de la intervención. El evento adverso referido con mayor frecuencia fue la presencia de dolor, representando el 61,4% del total de pacientes con eventos adversos. En la relación entre las variables características del entorno laboral de enfermería y la presencia/ausencia de eventos adversos en los pacientes a los 30 días post-intervención, observamos que la frecuencia de aparición de eventos adversos en los pacientes fue significativamente menor cuando los enfermeros/as atendieron a dichos pacientes durante la fase preoperatoria que la atención recibida por enfermeros/as de la unidad postoperatoria. La media de los 5 factores del cuestionario PES-NWI fue significativamente menor en el caso de los profesionales de enfermería que atendieron a pacientes con eventos adversos, lo que indica que un entorno laboral desfavorable para el personal de enfermería se asociaba con la aparición de eventos adversos en los pacientes. Las variables significativas se utilizaron para construir un modelo multivariante de predicción de la presencia de eventos adversos. El resultado final presentaba que el compromiso profesional, la participación en los asuntos del hospital y la insatisfacción laboral fueron factores predictivos negativos; mientras que la atención por profesionales de la fase postoperatoria fue un factor predictivo positivo de la presencia de eventos adversos en los pacientes.

Resultados de satisfacción de los pacientes

Para determinar la satisfacción de los pacientes respecto a la atención recibida por los profesionales de enfermería perioperatoria se utilizó el cuestionario LOPSS-12. El grado de satisfacción fue, en general, elevado en todos los ítems siendo la media de todos ellos de 3,66. Por otro lado, las variables características de los pacientes y de las enfermeras con su grado de satisfacción total, indicaban que la intensidad del efecto de la asociación era muy baja, por lo que no estaba indicado realizar un análisis multinivel, y por tanto, ninguna de las características de los profesionales de enfermería estudiadas sería capaz de predecir eficazmente la satisfacción de los pacientes quirúrgicos.

DISCUSIÓN

En este trabajo hemos analizado el entorno laboral de enfermería con la finalidad de determinar su impacto sobre la seguridad y satisfacción de los pacientes en el ámbito quirúrgico. Distintos estudios han descrito que ciertas características del entorno laboral de los hospitales, tales como una mayor dotación de personal de enfermería, la participación de los enfermeros en los asuntos del hospital y una relación positiva entre enfermeros y médicos, están asociados con una mejora en los resultados de mortalidad y

satisfacción de los pacientes (10). Esta asociación probablemente se deba al importante papel que tienen los profesionales de enfermería en el cuidado directo de los pacientes, por lo que conocer la satisfacción de estos profesionales con su entorno laboral resulta esencial en la mejora la seguridad del paciente.

Respecto a los resultados de seguridad de los pacientes, en el análisis multivariante multinivel se observó una asociación significativa y negativa entre la presencia de eventos adversos y algunos aspectos del entorno de enfermería perioperatoria, tales como el compromiso profesional, su participación en los asuntos del hospital y su insatisfacción laboral. Por el contrario, la atención de los pacientes por profesionales de la fase postoperatoria fue un factor predictivo positivo de la presencia de eventos adversos en estos pacientes. En este sentido, el estudio RN4CAST, llevado a cabo en 12 países Europeos, demostró que aunque era frecuente la omisión de actividades necesarias durante la atención de enfermería, esto ocurría de manera menos frecuente en hospitales con ambientes laborales favorables, menores ratios pacientes-enfermeros, enfermeros más experimentados y mayor proporción de enfermeros a tiempo completo (11). Otro estudio concluyó que el trabajo en horas extra estaba asociado con una pobre seguridad de los pacientes y calidad asistencial (12). Además se concluyó que el compromiso laboral del personal de enfermería tiene un impacto significativo en la seguridad de los pacientes (13).

La principal limitación del estudio es que la obtención de los datos se reduce a único hospital y al ámbito quirúrgico dónde la investigación es escasa. A pesar de estas limitaciones, nuestros resultados proporcionan una evidencia preliminar acerca del valor predictivo del entorno laboral de enfermería en los resultados de seguridad y satisfacción del paciente quirúrgico.

Conclusion: la predicción de factores relacionados con la aparición de eventos adversos es clave para identificar estrategias dirigidas a mejorar la calidad asistencial del actual sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2010. [consultado 10 Agosto 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
2. Aiken LH, Patrician PA. Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nurs Res*. 2000;49(3):146-153.
3. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381(9874):1323-1331.
4. Gershon RR, Stone PW, Zeltser M, Faucett J, MacDavitt K, Chou SS. Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Ind Health*. 2007;45(5):622-636.
5. Hanrahan NP, Kumar A, Aiken LH. Adverse events associated with organizational factors of general hospital inpatient psychiatric care environments. *Psychiatr Serv*. 2010;61(6):569-574.
6. Organización Mundial de la Salud. Cifras y datos: 10 datos sobre seguridad del paciente. 2014. [consultado 3 Agosto 2017]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
7. Newhouse RP, Johantgen M, Pronovost PJ, Johnson E. Perioperative nurses and patient outcomes--mortality, complications, and length of stay. *AORN J*. 2005;81(3):508-9,513-22,525-8.
8. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas MT, González-María E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):274-280.
9. Seisdedos N. Manual MBI, Inventario «burnout» de Maslach. Madrid: TEA Ediciones; 1997.
10. Kutney-Lee A, McHugh MD, Sloane DM, Cimiotti JP, Flynn L, Neff DF, Aiken LH. Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(4):w669-677.
11. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Busse R, Lindqvist R, Scott AP, Bruyneel

L, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs.* 2011;10:6.

12. Griffiths P, Dall'Ora C, Simon M, Ball J, Lindqvist R, Rafferty AM, Schoonhoven L, Tishelman C, Aiken LH; RN4CAST Consortium. Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Med Care.* 2014;52(11):975-981.

13. Bacon CT, Mark B. Organizational effects on patient satisfaction in hospital medical-surgical units. *J Nurs Adm.* 2009;39(5):220-227.

AUTORES/AUTHORS:

M^ª Angeles Cidoncha Moreno, Miren Garrastatxu landaluze Okerantza, Itsaso Martinez Aramberri, Lucia Garate Echenique, Inmaculada Moro Casuso

TÍTULO/TITLE:

Satisfacción con la herramienta Osanaia para el registro de cuidados

INTRODUCCIÓN:

Los sistemas de registro electrónicos de cuidados son un medio útil para mejorar la eficiencia y la calidad de la atención de la salud. Estas herramientas de registro permiten al profesional asistencial gestionar la información del paciente y facilitar el cuidado y la continuidad asistencial.

Conocer la satisfacción de los usuarios permite obtener información para mejorar el registro y definir y planificar estrategias que promuevan su uso.

OBJETIVO:

Conocer la satisfacción de las enfermeras de Osakidetza con satisfacción, usabilidad y mejoras con el registro de cuidados Osanaia para el cuidado de pacientes en la asistencia sanitaria.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio observacional transversal descriptivo a través de un cuestionario autoadministrado acerca de la satisfacción, usabilidad y mejoras con el registro de cuidados Osanaia para el cuidado de pacientes en la asistencia sanitaria.

El cuestionario se hizo llegar por correo electrónico corporativo a un total de 13.034 enfermeras. Se realizaron 3 recordatorios. El total personas que acceden al cuestionario fueron 2.311 (17.73%), de las cuales completan el cuestionario: 1.824 (que son las que se analizan). Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v.23. Se analizó mediante estadística descriptiva

RESULTADOS:

Las enfermeras que responden la encuesta tienen una edad media de 42.97 años (DS 11.532). El 40.5% trabaja en Atención Primaria y tiene un alto grado de formación (16,4% tiene una especialidad, el 13% un master y el 25,4% un postgrado o experto). Realizan en mayor medida una labor clínico/asistencial, a tiempo completo y alrededor de la mitad de ellas son fijas y trabajan en turno rotatorio.

Los profesionales refieren sentirse satisfechos o muy satisfechos con la historia clínica electrónica en un 81,6% y algo menos (73,3%) con los registros de enfermería independientemente de la herramienta a utilizar.

En relación a la usabilidad el 51,6% refiere encontrar Osanaia fácil de usar, aunque el 48,1% no consideran la aplicación intuitiva. Al 56,1% no les resulta muy sencillo realizar y registrar adecuadamente el diagnóstico y plan de cuidados y al 55,1% tampoco realizar la evaluación de resultados en salud. Sin embargo el 44,7% les resulta sencillo realizar el informe de cuidados.

El 67% refieren su utilidad en la etapa de valoración, para emitir diagnósticos y planificar los cuidados de salud del paciente (55,9%), para evaluar los resultados de salud del paciente (45,5%), para emitir el informe de cuidados (62,65). Además en un 56,1% consideran que ayuda a realizar una adecuada continuidad de cuidados y el 70,2% refieren que compartir registros con profesionales de otros entornos es útil para el trabajo diario. El 53,4% refieren estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con que, de manera global, Osanaia es útil en su trabajo diario.

DISCUSION:

Los profesionales han incorporado el registro con Osanaia a su práctica. Sin embargo existe la necesidad de seguir haciendo más fácil el uso de esta herramienta, incorporando mejoras y facilitando la formación lo que puede hacer mejorar esta percepción a lo largo del tiempo. Es por ello necesario seguir monitorizando la satisfacción a lo largo del tiempo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Otieno O.G. , Toyama H. , Asonuma M. , Kanai-Pak M., Naitoh K. Nurses' views on the use, quality and user satisfaction with electronic medical records: questionnaire development. *Journal of Advanced Nursing* 60(2), 209–219 (2007)
- 2.- Poissan L. , Pereira J., Tamblyn R., Kawasumi Y. The Impact of Electronic Health Records on Time Efficiency of Physicians and Nurses: A Systematic Review. *J Am Med Inform Assoc.* 12:505–516 (2005)
- 3.- Oroviogicoechea C., Watson R, Beortegui E., Ramirez S. Nurses' perception of the use of computerised information systems in practice: questionnaire development. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 240–248 (2010)
- 4.- Mekhjian H. S., Kumar R.R., Kuehn L., Bentley T.D., Teater P., Thomas A., Payne B. & Ahmad A. (2002) Immediate benefits realized following implementation of physician order entry at an academic centre. *Journal of American Medical Informatics Association* 9(5), 529–539.
- 5.- Fung C.H., Woods J.N., Asch S.M., Glassman P., Doebeling B.N. (2004) Variation in implementation and use of computerized clinical reminders in an integrated healthcare system. *American Journal of Managed Care* 10(2), 878–885.
- 6.- Pizzi L.T, Suh D.C., Barone J., Nash D.B. (2005) Factors related to physicians' adoption of electronic prescribing: results from a national survey. *American Journal of Medical Quality* 20, 22–32.

Mesa de Comunicaciones 14: Salud maternal

Concurrent Session 14: Mother care

AUTORES/AUTHORS:

Eva Martínez Millán, Carolina Rascón Hernán

TÍTULO/TITLE:

Experiencia en la utilización de la pelota de parto durante la dilatación

La pelota de parto es una herramienta utilizada en las salas de partos disponible en los hospitales. Los ejercicios que se realizan en el periodo de dilatación sobre la pelota de parto son beneficiosos para conseguir una libertad articular de la pelvis, por lo que se consiguen mayores diámetros pélvicos que ayudan al encajamiento y descenso fetal por el canal del parto, también disminuye el dolor debido a que libera la tensión de la zona favoreciendo la relajación de la mujer.

Objetivos: Describir la experiencia del uso de la pelota de parto en el periodo de dilatación del parto de las mujeres y conocer la opinión referente al manejo del dolor, así como analizar los sentimientos y las percepciones en relación al uso de la pelota de parto.

Métodos: Estudio cualitativo fenomenológico. En marzo de 2019 se realizaron 5 entrevistas en profundidad a madres que habían utilizado la pelota de parto durante la dilatación en su proceso de parto. Las mujeres estaban ingresadas en la unidad de maternidad de un hospital Girona. Las entrevistas se registraron en audio, para su posterior análisis del discurso a través de la codificación y categorización de la información, previa solicitud de permisos al centro, aprobación del comité de ética y consentimiento informado de las participantes.

Resultados: 4 categorías y 11 subcategorías.

Bienestar materno: "Yo le pedía a mi marido de que me refrescara la cara, que eso es como que te libera un poco de la tensión, ..., incluso con la pelota también te da tranquilidad, porque puedes ir haciendo movimientos entonces el cuerpo también se relaja, en todo momento tratas de buscar comodidad, tranquilidad, entonces, y aguantando todo el proceso." "Sí recomendaría la pelota, seguro que sí a nosotros nos ha ido muy bien."

Valoración positiva de la pelota: "...la volvería a utilizar en vez de estar sentada en el sofá pues estar sentada en la pelota."

Expectativas relacionadas con el niño: "La experiencia ha sido, inexplicable. Es un amor infinito."

Papel de la enfermera: "nos indicaron dos o tres maneras de utilizarla y la que nosotros nos sintiésemos más cómodos, al final íbamos probando, sobre la marcha. Ponte, levántate, haz esto, que tu pareja te acompañe, que se ponga por detrás. No solo hay una manera de utilizarla, quiero decir que en cada momento si tienes la contracción estas mejor o si te apetece, o sea no solo es de un uso, es muy variado."

Discusión/Conclusión: El manejo del dolor durante el parto es un aspecto fundamental en la atención que brindamos a las parteras (1). Los profesionales de la salud debemos conocer los métodos tanto farmacológicos como no farmacológicos que ayudan al control y la disminución del dolor (2). La pelota como método no farmacológico ayuda a tener autocontrol sobre el cuerpo ya sea para relajarse, para disminuir el dolor o para estimular la dilatación (3).

Miquelutti, et al., (4) explica que las mujeres asocian tener control del parto con su capacidad para manejar el dolor y la ansiedad, gracias a la información recibida en las clases preparto tienen expectativas más reales sobre como irá el proceso del parto y esto provoca una mayor satisfacción materna. En esta línea de la información, Levett, et al., (5) afirman que cuando las mujeres tienen información real i ajustada a la realidad consiguen sentirse activas durante el proceso de parto i se sienten más participativas, lo que les aporta mayor satisfacción.

En nuestro estudio la satisfacción materna se relaciona con un bienestar que viene dado por la capacidad de relajarse, de tener libertad de movimientos, de disponer de un espacio cómodo donde se sienten seguras y protegidas tanto por la pareja como por el personal asistencial. Las participantes describen a la pelota de parto como una herramienta útil ya que les permite relajarse y estar cómodas. El conjunto de todos estos factores consigue que el dolor disminuya.

Referente al dolor, Delgado García, et al., (6) han medido la intensidad del dolor y han extraído que el dolor es menor con el grupo que ha utilizado la pelota en contra del que no la ha utilizado, así mismo Taavoni, et al., (7) han comparado el dolor y también han encontrado menor intensidad de dolor en el grupo que ha utilizado la pelota. En nuestro estudio no se mide cuantitativamente el

dolor, pero sí que se extrae que la pelota ayuda a que las mujeres se relajen, proporciona comodidad, seguridad, actúa como herramienta de distracción y proporciona libertad de movimientos que hacen que las mujeres puedan adoptar diferentes posiciones en la que se encuentran más cómodas y se adaptan mejor a las contracciones y a la sensación dolorosa que producen obteniendo así un mayor confort y mayor consciencia de su cuerpo.

Las posiciones verticales favorecen el descenso y el encajamiento fetal lo que ayuda a conseguir un mayor número de partos vaginales eutócicos y disminuir así las cesarías (8). Nuestras participantes mayoritariamente utilizan la pelota sentada encima de ella, coincidiendo con el estudio Sindiwe y Hudek (9) en el que la posición preferida por las participantes también fue sentada sobre la pelota.

Respecto al lugar y el ambiente, este es un factor importante que propicia la utilización de la pelota. Townsend, et al (10) en su estudio identifican características que dificultan el parto normal como son la falta de calor en la espalda, la imposibilidad de controlar la iluminación y/o temperatura, las puertas que se dejan abiertas, los lugares y espacios limitados para las familias, el no tener ningún objeto familiar y la incapacidad de acceder a baños de agua caliente. Además la cama sigue siendo la característica principal en las salas de parto, donde la atención se centra sobre la cama y que el trabajo de parto se haga encima de la cama. Por el contrario, en nuestro estudio las mujeres consideran que han tenido un espacio muy adecuado durante el parto, que han tenido suficiente intimidad, que el espacio estaba condicionado para la utilización de la pelota ya que disponían de elementos de sujeción para agarrarse y hacer fuerza, además la recomendación por parte del equipo asistencial ha hecho que la pelota se haya utilizado. Las madres consideran que ya sea para relajarse, para disminuir el dolor o para estimular la dilatación la pelota las ha ayudado. La implicación para la práctica diaria: conocer las experiencias de las mujeres aporta información para dirigir los cuidados basados en la evidencia y en la humanización de las salas de parto de los hospitales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Espinosa L. Parto: mecanismo, clínica y atención. En: Morales J.L, editor. Antecedentes históricos de la atención al parto. México: El Manual Moderno; 2009. P. 1-7
2. Fernández Medina IM. Alternativas analgésicas al dolor de parto. Enfermería Glob [Internet]. 2014 Jan [citado el 10/12/2018];13(1):400–6. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article>
3. Gómez S, Villamor E.M, Fernández F. Efectividad de la esferoterapia durante el trabajo de parto. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2016; 25. [citado 9/12/2018]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/242>
4. Miquelutti MA, et al. Antenatal education and the birthing experience of Brazilian women: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 5 de diciembre de 2013 [citado 11/05/2019] ;13(1):171. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24007540>
5. Levett KM, et al. The Complementary Therapies for Labour and Birth Study making sense of labour and birth – Experiences of women, partners and midwives of a complementary medicine antenatal education course. Midwifery [Internet]. 2016 Sep [citado 29/04/2019]; 40:124–31. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27428108>
6. Delgado-García BE, et al. Randomised controlled clinical trial to determine the effects of the use of birth balls during labour. Enferm Clin [Internet] 2012 [citado 11/04/2019]; 22(1):35-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21885314>
7. Taavoni, Simin & Abdollahian, et al. (2011). Effect of Birth Ball Usage on Pain in the Active Phase of Labor: A Randomized Controlled Trial. [Internet] J Midwifery Women's Health. [citado 28/04/2019]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21429078>
8. Luces Lago A, et al. La pelota de parto. Redescubriendo un recurso no farmacológico de gran importancia en el proceso del parto. Rev Rol Enfermería [Internet]. 2014 [citado el 8/04/ 2019]; 37(3):188–94. Disponible en: <https://medes.com/publication/89048>
9. Sindiwe J, Hudek M. Experiences of South African multiparous labouring women using the birthing ball to encourage vaginal births.

Health SA Gesundheit [Internet]. 2017 [citado el 3/01/2019]; 22: 36-42. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S102598481630031X>

10. Townsend B, et al. The birth bed: A qualitative study on the views of midwives regarding the use of the bed in the birth space. Women Birth [Intnet]. 2016 Feb [citado el 29/04/2019]; 29(1):80–4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/26386523>

Mesa de Comunicaciones 15: Práctica Clínica

Concurrent Session 15: Clinical practice

AUTORES/AUTHORS:

David Guadarrama Ortega, Magdalena Martínez Piedrola

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en un hospital de la Comunidad de Madrid.

Introducción:

El paciente ingresado, en el contexto de la atención hospitalaria, se encuentra envuelto en un ambiente de movimiento frecuente de profesionales y acompañantes, de conversaciones, o de ruidos producidos por equipamiento, alarmas, uso del mobiliario, etc.(1) El impacto que este ambiente ruidoso y en constante movimiento puede tener sobre la salud y recuperación del paciente ha sido objeto de investigación en los últimos años. Una adecuada higiene del sueño, muestra un impacto positivo en la evolución de variables clínicas como la presión arterial(2,3), percepción del dolor(4) y bienestar emocional(5).

La Comunidad de Madrid, dentro de su Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 tiene como objetivo general: "promover la reducción del estrés del paciente y sus familiares, con un el entorno físico agradable y relajado, produciendo mejoras en su sentir emocional, su comodidad y su confortabilidad, especialmente en áreas pediátricas"(1). Para evaluar la calidad el descanso de los pacientes propone el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg" (ICSP)(6)

Objetivos: Evaluar la calidad del descanso percibido por los pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) teniendo en cuenta Calidad del sueño, latencia, duración, eficiencia, alteraciones, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Métodos. Estudio observacional descriptivo y transversal en el que se evaluó la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados mediante encuesta voluntaria a los pacientes ingresados realizada durante los días 18-20 de diciembre de 2018, usando como herramienta de medición el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg adaptado ad hoc al ámbito hospitalario ya que dicho cuestionario evalúa el último mes, y la estancia media del HUFA es de en torno a 3-4 días. Se distribuyó el cuestionario en papel a pacientes ingresados en el HUFA al menos 2 días. Y se resolvieron las dudas que pudieran tener a la hora de cumplimentar el cuestionario por parte de la enfermera responsable. Resultados Se obtuvieron un total de 132 respuestas de 304 pacientes ingresados 43,42%. La edad media de la muestra fue de 62 años D.E. 23,87. El 53,5% (68) fueron mujeres. El 83,2% (104) de los pacientes indican tener un descanso bueno o muy bueno en su domicilio. El 19,1% (25) de los pacientes toman medicación para dormir, de los cuales el 56% toman benzodiazepinas. El 71,6% (78) de los pacientes se intenta dormir en torno a las 23:00 y tardan en dormirse 30 minutos de mediana. El 50% de los pacientes declara dormir al menos 6 horas estando hospitalizados. Durante la última noche, el 76,5 % (91) de los pacientes valora su sueño como bueno o muy bueno, y durante su estancia, el 70,5% (88) de los pacientes lo valora como bueno o muy bueno. El 42,6 % (49) declara no sentir somnolencia durante el día. Discusión: La calidad del sueño de los pacientes hospitalizados en el HUFA es mayoritariamente buena. Sin embargo, los profesionales somos causa de ruido o molestias que interrumpen o imposibilitan el sueño. Otras causas de alteración del descanso de los pacientes no son modificables: compañeros de habitación, cuidados de enfermería...Las causas modificables, pueden llevarnos a adecuar el momento o la forma de realizar los cuidados de manera que se altere lo menos posible el descanso de los pacientes. Esta evaluación del descanso de los pacientes, ha permitido conocer la calidad del mismo así como detectar las causas que producen alteraciones de dicho descanso, y en la medida de lo posible emprender acciones de mejora.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Consejería de Sanidad. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Internet]. 1.a ed. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, editor. Comunidad de Madrid. Madrid; 2016. 1-234 p. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
2. Kato M, Phillips BG, Sigurdsson G, Narkiewicz K, Pesek CA, Somers VK. Effects of sleep deprivation on neural circulatory control. Hypertens (Dallas, Tex 1979) [Internet]. mayo de 2000 [citado 12 de septiembre de 2019];35(5):1173-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10818083>
3. Fogari R, Zoppi A, Corradi L, Marasi G, Vanasia A, Zanchetti A. Transient but not sustained blood pressure increments by occupational noise. An ambulatory blood pressure measurement study. J Hypertens [Internet]. junio de 2001 [citado 12 de septiembre

de 2019];19(6):1021-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11403349>

4. Onen SH, Alloui A, Gross A, Eschallier A, Dubray C. The effects of total sleep deprivation, selective sleep interruption and sleep recovery on pain tolerance thresholds in healthy subjects. *J Sleep Res* [Internet]. marzo de 2001 [citado 12 de septiembre de 2019];10(1):35-42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11285053>
5. Redeker NS, Ruggiero JS, Hedges C. Sleep is related to physical function and emotional well-being after cardiac surgery. *Nurs Res* [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2019];53(3):154-62. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15167503>
6. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* [Internet]. mayo de 1989 [citado 12 de septiembre de 2019];28(2):193-213. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2748771>

AUTORES/AUTHORS:

Germán Prados García, Laura Fernández Puerta, Blanca Nieto Marco, María Dolores Quiñoz Gallardo, Dolores Vellido González, María Leticia González Guerrero, Antonio Rivas Campos

TÍTULO/TITLE:

ENTORNO AMBIENTAL Y CALIDAD DEL SUEÑO EN FAMILIARES QUE CUIDAN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Objetivos: La calidad del sueño de los cuidadores que permanecen junto al paciente durante la noche podrían estar afectada debido a la influencia de las características ambientales del hospital (ruidos, actividad del personal sanitario, etc.), tal y como se ha visto en diferentes muestras de pacientes ingresados en unidades de hospitalización o en servicios especiales.

El objetivo de esta investigación fue determinar qué factores del entorno hospitalario se percibían como disruptores de la calidad del sueño y cuáles se asociaban con una mayor activación previa al descanso nocturno durante la hospitalización.

Métodos: Setenta y nueve cuidadores informales con una media de edad de 56 años fueron entrevistados mientras acompañaban a su familiar durante la hospitalización. Cumplimentaron diversos cuestionarios tras firmar un consentimiento informado. Como variables dependientes principales se midieron la activación somática y cognitiva previa al sueño con un cuestionario validado. Como variables independientes teóricas se midió el grado de interrupción de la calidad del sueño de diversos parámetros ambientales (ruido, luz, calor, etc.) utilizando escalas visuales analógicas con 10 niveles. Se hizo una comparación agrupando la muestra entre aquellos que estaban en una habitación individual vs. una habitación compartida. Los análisis estadísticos se realizaron bajo el modelo lineal general.

Resultados: La duración media de estancia hospitalaria en el momento de la entrevista fue de 31,4 días, con una permanencia de 23,2 noches junto al paciente. Hasta un 87,2% de los familiares informaron de que pasaban la noche en el sillón junto al paciente. Los factores ambientales que se percibían como más molestos para conciliar el sueño nocturno fueron: la incomodidad de la superficie de descanso ($8,08 \pm 2,76$), el comportamiento del paciente ($5,01 \pm 3,31$), el calor ($3,54 \pm 3,36$), los cuidados de enfermería ($3,35 \pm 2,90$), el ruido ($2,85 \pm 2,52$), el comportamiento de otros pacientes ($2,40 \pm 2,47$), escuchar gente hablando ($2,29 \pm 2,31$), la luz ($1,83 \pm 1,85$) y el frío ($1,72 \pm 1,63$). Tanto el ruido, la luz, y el calor se mostraron significativamente ($p < 0,05$) menos disruptivos para la calidad del sueño cuando el paciente y cuidador permanecían en una habitación individual comparado con una compartida ($2,05 \pm 1,72$ vs. $3,56 \pm 2,92$; $1,24 \pm 0,60$ vs. $2,37 \pm 2,38$; $2,68 \pm 2,86$ vs. $4,32 \pm 3,62$, respectivamente). Los análisis de correlación mostraron los estímulos significativamente más activantes en los momentos previos al sueño del cuidador; a) a nivel cognitivo: el calor ($r = 0,250$; $p < 0,05$) y la superficie de descanso $r = 0,248$; $p < 0,05$; y b) a nivel somático: a) el ruido ($r = 0,214$; $p < 0,05$) y los cuidados de enfermería ($r = 0,226$; $p < 0,05$).

Discusión: Los hallazgos encontrados en este estudio refuerzan la necesidad de implementar medidas organizativas en los centros hospitalarios que permitan el descanso nocturno, tanto del paciente como de su acompañante. Estas intervenciones deben pasar tanto por el control de estímulos físicos, la proporción de zonas confortables e individualizadas, y la optimización de las rutinas de provisión de cuidados sanitarios teniendo en cuenta el descanso nocturno de los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Freedman, N. S., Kotzer, N., & Schwab, R. J. (1999). Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 159, 1155-1162. doi:10.1164/ajrccm.159.4.9806141

McCurry, S., Song, Y., & Martin, J. (2015). Sleep in caregivers: What we know and what we need to learn. *Current Opinion in Psychiatry*, 28, 497-503.

Oliveira, L., Gomes, C., Bacelar Nicolau, L., Ferreira, L., & Ferreira, R. (2015). Environment in pediatric wards: Light, sound, and temperature. *Sleep Medicine*, 16, 1041-1048.

Young, J. S., Bougeois, J. A., Hilty, D. M., & Hardin, K. A. (2008). Sleep in hospitalized medical patients, part 1: Factors affecting sleep. *Journal of Hospital Medicine*, 3, 473-482.

AUTORES/AUTHORS:

Rafaela Manzato, Marcia Ciol, Carina Dessotte, Fabiana Bolela, Lidia Rossi, Rosana Dantas

TÍTULO/TITLE:

Perceived health status of patients using warfarin: a randomized controlled trial of the effect of telephone follow-up

Objective: To test if telephone follow-up to improve the management of oral anticoagulation therapy (OAT) in individuals using warfarin for the first time had an effect in the perceived health status at 3 and 6 months post-discharge.

Method: patients initiating OAT in two Brazilian public hospitals were enrolled in the study from September 2015 to May 2017. All individuals received an educational program for adherence to OAT during hospitalization (counseling and booklets) and at the discharge they were randomized to receive either five telephone follow-up calls (Intervention Group, N=26) or no telephone calls (Control Group, N=26). Perceived health status included health related quality of life (HRQoL) and emotional symptoms. Participants were interviewed during the hospitalization and at 3 and 6 months after discharge. Anxiety and depression symptoms were assessed by the Hospital Anxiety and Depression Scale HADS¹. The HRQoL, measured by the Brazilian-Portuguese version of Duke Anticoagulation Satisfaction Scale – DASS², was measured only after discharge. In order to compare the groups over time, in relation to HRQoL, we performed Variance Analysis (ANOVA) for repeated measures, taking as factors the time (three and six months for HRQoL; hospitalization, three and six months after discharge for HADS), the group (intervention or control) and a time interaction per group. The level of significance was set at 0.05.

Results: groups were not statistically different in mean age (55 years) and years of education (7 years), with more females in the control (65,4%) than the intervention group (57.7%). The most frequent indications for the initiation of warfarin were deep venous thrombosis and pulmonary thromboembolism. We did not find statistically significant differences between the means of HRQoL, anxiety and depression of the two groups at three and six months after discharge.

Discussion: The telephone follow-up had little effect on the improvement of the perceived health status of life of Brazilian patients in the first six months of warfarin use. Similar results were found in studies conducted in other countries. Although we did not find statistical difference between the groups, the graphical representations of the results show that the participants in the intervention group presented more positive results regarding perceived health status when compared to the control group. These results encourage us to continue investigating the effect of telephone follow-up for patients submitted to OAT to identify the best way to make the contacts and provide information related to the therapy, as well as to investigate its cost-effectiveness.

This study was supported by research Brazilian agencies, CAPES and CNPq.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1Botega N et al (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação da escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*, 29(5):355-63.

2Pelegriño FM, Dantas RAS, Corbi IS et al (2012). Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian–Portuguese version of the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale. *J Clin Nurs*, 21(17-18):2509-17, 2012.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII

Session of Oral Brief Presentations VII

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Faro-Basco, Olga Isern-Farrés, Carme Sansalvador-Comas, Xavier Palomar-Aumatell

TÍTULO/TITLE:

¿Estamos preparados para afrontar el morir y la muerte?

Objetivo

Explorar las creencias, sentimientos y temores personales sobre el morir y la muerte.

Método

Se diseñó un estudio descriptivo cualitativo, utilizando la fenomenología como orientación teórico-metodológica.

El estudio se realizó en la Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar de la Universidad de Vic-Universidad Central de Catalunya.

La muestra de estudio estuvo formada por 68 estudiantes de 3º curso del Grado en Enfermería, matriculados en la asignatura Cuidados al Final de la Vida de los años 2017-18 y 2018-19.

La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario autoadministrado, en formato papel, con preguntas abiertas, que se distribuía en el aula antes de tratar el tema del morir y de la muerte. 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, aplicando el modelo propuesto por Taylor-Bogdan: preparación de datos, descubrimiento de temas, codificación y relativización.

Resultados

La muestra presentó un dominio de alumnas (86,16%), con una edad media para el total de la muestra de 21,55 años.

Ante la pregunta ¿Cuanto tiempo has dedicado a examinar tus sentimientos, creencias, esperanzas y temores ante la etapa final de tu vida?, se identificaron las siguientes unidades de significado:

- Contexto en que piensan en la etapa final de la vida
- Tiempo dedicado a pensar en la etapa final de la vida
- Sentimientos que aparecen al pensar en la etapa final de la vida.

Ante la pregunta ¿Sientes miedo al pensar de que forma morirás?, las unidades de significado identificadas fueron:

- Miedo al como morir
- Miedo al sufrimiento que causaría en los otros
- Miedo a ver morir a alguien de mi alrededor
- Miedo a lo que hay después de la muerte.

Los resultados obtenidos a partir del análisis de las unidades de significado posibilitaron el desarrollo de 2 categorías temáticas:

- Las emociones y los sentimientos
- La muerte y las creencias.

Discusión

Ante la pregunta ¿Cuanto tiempo has dedicado a examinar tus sentimientos, creencias, esperanzas y temores ante la etapa final de tu vida?, la mayoría (55 alumnos) dedica "muy poco tiempo" o "nada de tiempo: A30 "muy poco tiempo, siempre me limito a vivir el presente", A31 "solo tengo 20 años y lo relaciono con edad más avanzada" A15 "para mi es más importante centrarse y dedicar tiempo a los momentos presentes", A14 "no estoy preparado". 13 estudiantes manifiestan pensar a menudo: A35 "a diario durante un tiempo", B36 "cada día intento pensar en mis sentimientos, aprender a gestionar mis emociones, tengan que ver con la muerte o no".

Al analizar el contexto en que piensan en la etapa final de la vida destaca cuando tienen experiencias de seres queridos que mueren: B38“Cuando murió mi abuelo”, B43“cuando he visto que familiares cercanos tenían la posibilidad de morir”, o cuando se trata el tema en la asignatura: A2“a partir de trabajar el tema en CFV”, A25“lo pienso en los días que toca esta asignatura”.

Los sentimientos que genera pensar en la etapa final de la vida son: tristeza: A12“me entristece y prefiero estar alegre y contenta”, ansiedad: A21“siempre la pienso como una cosa lejana que me causa bastante angustia”, temor: B49“no poder vivir y disfrutar del día a día” y miedo: A16“que mi vida acabe y no me haya dado tiempo de hacer todo lo que quiero”. También identificamos deseos de como morir: A6“quiero morir tranquila, sin remordimientos ni dolor.

Ante la pregunta ¿Sientes miedo al pensar de que forma morirás?, excepto 2 estudiantes, el resto manifiestan tener miedo a como morir, centrándose algunos en el proceso de muerte: A7 “Tengo miedo de que el proceso de muerte no me permita ser yo mismo, como quiero ser recordado”, A8 “tengo miedo de no haber hecho las cosas que querría haber hecho o morir sin despedirme de mi familia”. La mayoría manifiestan tener miedo del momento de la muerte: A4 “lo que me da miedo es sufrir, sentir dolor en los momentos finales de mi vida”, B53 “solo me da miedo morir ahogada, quedarme sin oxígeno, lo he vivido y ha sido terrorífico”. 13 estudiantes identifican miedos a después de la muerte: A19 “tengo miedo a la muerte cuando me vienen pensamientos del estilo que después de la muerte no hay nada, que se terminó todo, intento pensar en otras cosas”, B46 “tengo miedo a la muerte porque no se que hay después y a mi lo desconocido siempre me ha dado mucho miedo”.

Ante estas respuestas concluimos que:

Existe una pluralidad de creencias entorno al hecho de morir y a lo que hay más allá de la muerte.

Es necesaria una pedagogía de la muerte que examine las subjetividades humanas, profundizando en la universalidad de las experiencias del morir i en la fenomenología de la muerte.

Se debe proporcionar herramientas a los estudiantes, desde primer curso, para identificar y gestionar los sentimientos que la etapa final de la vida genera, y anticipar escenarios de futuro para que, en los períodos de prácticas puedan acompañar a las personas y familias en proceso de muerte.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cantero, M. (2013). La educación para la muerte. Un reto formativo para la sociedad actual. *Psicogente*, 16(30), 424-438.
- Herrán, A. (2011). Fundamentos para una pedagogía de la muerte. En M. Cortina y A. Herrán. *Pedagogía de la muerte a través del cine* (p. 25-126). Madrid: Universitat.
- Larrull, C. (2005). *Antropologia de la mort i el dol*. BCN: Departament d'Educació de la Generalitat de Catalunya.
- Mantegazza, R. (2006). *La muerte sin máscara*. Barcelona: Herder.
- Mèlich, J.C. (2002). *Filosofia de la finitud*. BCN: Herder.
- Mendoza LI. (2013). Calidad de vida y dignidad humana en el paciente terminal: opciones para una buena muerte. *An Med (Mex)*, 58 (2), 112-115.
- Nola, A. M. Di. (2007). *La muerte derrotada. Antropología de la muerte y el duelo*. Barcelona: Belacqva.
- Palacios-Ceña, D., Corral, L. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación en enfermería. *Enferm Intensiva*, 21(2), 68–73.
- Torralba, F. (2008). *Planta cara a la mort*. Badalona: Ara Llibres S.L.

AUTORES/AUTHORS:

Rosa Maria Freire, Maria Rui Sousa, Filipe Pereira, Teresa Martins

TÍTULO/TITLE:

Salud mental positiva de adultos y adultos jóvenes

Objetivo: Conocer los aspectos de la salud mental positiva del adulto y adulto joven.

Método: Estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio desarrollado para conocer aspectos de salud mental positiva (SM +). Se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico (EBEP) de 42 ítems desarrollada en los Estados Unidos (Ryff, 1989). Una versión larga de esta escala fue traducida y probada en portugués por Novo (2003). Este instrumento de medición, autoadministrado, incluye las escalas de "Autonomía" (A), "Crecimiento Personal" (CP) y "Relaciones Positivas" (PR). Cada escala tiene 7 ítems medidos con escala de likert de 6 puntos que van desde "Discordo completamente" a "Totalmente de acuerdo", puntualiza de 7 a 42 puntos, tiene la mitad de los ítems expresos negativamente y mitad positivamente para el control de la respuesta de aquiescencia. Los ítems negativos se invierten antes de sumar los valores de la escala. La muestra se caracterizó sociodemográficamente (género, edad, educación). El cuestionario se implementó con el programa Qualtrics y se completó a través de una plataforma informática. Cada participante elegible recibió mensaje con la finalidad y objetivos del estudio, tiempo para llenar las escalas (unos quince minutos), garantía de confidencialidad y anonimato, invitación a participar en el estudio y enlace para acceso a las escalas. La población de estudio fue profesores, personal no docente y alumnos de una institución educativa de enfermería del norte de Portugal. Se utilizó una muestra de conveniencia y se aplicaron criterios de inclusión: tener 18 años de edad o más, tener una dirección de correo electrónico institucional y estar dispuesto a participar en el estudio. De los 1400 elementos elegibles, 544 participantes participaron en el estudio. La omisión de respuestas en la caracterización sociodemográfica o en ítems de las escalas condujo a la eliminación de 292 cuestionarios. Hubo 252 participantes, 48% estudiantes y 52% docentes y personal no docente, en su mayoría mujeres, con edad media de 31,4 años y una escolaridad media de 15,5 años. Se obtuvieron autorizaciones de la Dirección de la institución y de los autores de la escala. El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el software IBM SPSS® versión 24.0. La estadística descriptiva permitió la exploración de los datos. La correlación de Pearson se usó para estudiar la fuerza de asociación entre variables continuas y la prueba t de Student para comparar medias entre muestras independientes, después de verificar los supuestos de uso.

Resultados: El estudio permitió conocer aspectos de la SM + del adulto y adulto joven referente a A, CP y RP. La escala con una puntuación más baja fue A (M = 30,90, DP = 5,07), seguida de RP (M = 33,95, DP = 4,64) y CP (M = 35,71, DP = 4, 10). La tasa de no respuesta fue mayor en los ítems negativos. En las afirmaciones positivas las puntuaciones son más elevadas. La tendencia de respuesta se situó por encima del punto medio de las escalas. No hubo diferencias significativas entre las escalas y el sexo. Se verificó una correlación positiva débil, pero significativa a $p < 0,001$ entre la edad y A y a $p < 0,05$ entre la edad y el CP. La escolaridad tiene una relación débil con A. La tendencia de respuesta fue superior al punto medio.

Discusión: Las respuestas arriba del punto medio expresan visión positiva de las dimensiones analizadas. El volumen de respuestas que faltan puede estar relacionado con la experiencia de vida limitada de los adultos jóvenes, la falta de significado o la dificultad de particularizar, por ejemplo en el ítem "Tiendo a ser influenciado por personas con opiniones firmes" de la escala de A. La escala CP, que se centra en la afirmación personal, el individualismo y la independencia, presentó valores más altos y la escala de A valores más bajos, hallados encontrados también en estudios anteriores (Boylan e Ryff, 2015; Novo, 2003, 2005). La correlación positiva pero significativa de la edad con la A y con CP se traduce en que la adquisición de estas habilidades aumenta con la edad. Estudios previos con sujetos de 32 a 75 años mostraron inconsistencia en esta correlación (Springer, Pudrovská e Hausen, 2011). Esto puede estar relacionado con la edad de los participantes de cada uno de los estudios.

La relación entre educación y A fue encontrado en otros estudio s(Boylan y Ryff, 2015). Es cierto que la toma de decisiones

autónomas está influenciada por la educación pero en este estudio la educación tiene una correlación débil con la A. Si consideramos que no solo la educación sino también la experiencia de vida influye en la A y si tenemos en cuenta la edad de los participantes de nuestro estudio podemos explicar este resultado.

Implicaciones para la práctica clínica: Las escalas utilizadas en este estudio son sensibles a la experiencia de vida, la edad y la educación, lo que destaca su uso. El conocimiento de estos aspectos de la salud mental positiva puede apoyar la implementación de una intervención clínica concertada para optimizar la adquisición de competencias y habilidades conductuales que promuevan una mayor A, CP y RP, dimensiones relevantes asociadas a la salud mental positiva.

Conflicto de intereses: El estudio no posee conflicto de intereses de cualquier tipo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Boylan, J. M. & Ryff, C. D. (2015). Psychological Well-being and Metabolic Syndrome: Findings from the MIDUS National Sample. *Psychosom Med*, Jun 77(5): 548–558. doi: 10.1097/PSY.0000000000000192
- Gomez-Baya D., Lucia-Casademunt A. M. (2018). A self-determination theory approach to health and well-being in the workplace: Results from the sixth European working conditions survey in Spain, *J Appl Soc Psychol.*;1–15. DOI: 10.1111/jasp.12511
- Li, R.H., Kao, C.M. & Wu, Y.Y. (2015). Gender differences in psychological well-being: tests of factorial invariance. *Quality Life Research*, 24(11), 2577-81. Doi: 10.1007/s11136-015-0999-2.
- Malla, S. S. (2013). Cross-cultural Validity of Ryff's Well-being Scale in India. *Asia-Pacific Journal of Management Research and Innovation*, 9(4), 379—387. Doi: 10.1177/2319510x14523107.
- Novo, R. F. (2003). *Para Além da Eudaimonia – O Bem-Estar Psicológico em Mulheres de Idade Adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia. ISBN 972-31-1038-5
- Novo, R. F. (2005). We need more than self-reports: contributo para a reflexão sobre as estratégias de avaliação do bem-estar. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 477-495.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D. (2017). Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions. *Int Rev Econ* 64:159–178. DOI 10.1007/s12232-017-0277-4
- Ryff CD, Heller AS, Schaefer SM, Van Reekum C, Davidson RJ (2016) Purposeful engagement, healthy aging, and the brain. *Curr Behav Neurosci Rep*. doi:10.1007/s40473-016-0096-z
- Springer, K.W., Pudrovska, T. & Hauser, R.M. (2011). Does psychological well-being change with age?: Ryff's model of psychological well. *Social Science Research*, 40, 392-398. Doi: 10.1016/j.ssresearch.2010.05.008.
- Villarosa, J. & Ganotice, F. (2018). Construct Validation of Ryff's Psychological Well-being Scale: Evidence from Filipino Teachers in the Philippines. *Philippine Journal of Psychology*, 51(1), 1-20.
https://www.pap.org.ph/sites/default/files/upload/pjp2018-51-1-pp1-20-villarosaganotice-construct_validation_of_ryffs_psychological_well-being_scale._evidence_from_filipino_teachers_in_the_philippines.pdf.

AUTORES/AUTHORS:

Silvia Pérez-Ortega, Elena Querol Vallés, Montserrat Venturas Nieto, Judith Prats Barrera

TÍTULO/TITLE:

Influencia de la urgencia del trasplante cardíaco en la recuperación física

Objetivos

Analizar la influencia de la urgencia del trasplante cardiaco en su posterior rehabilitación física.

Analizar el tiempo de recuperación y el destino al alta en función del grado de urgencia del trasplante cardiaco.

Métodos

Diseño de estudio: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional.

Selección de los pacientes: Se analizaron todos los pacientes trasplantados de corazón en el Hospital Clínic de Barcelona durante los años 2017-2018.

Criterios de inclusión: Pacientes trasplantados de corazón en nuestro centro en los años 2017-2018 y que se hayan ido de alta del centro

Criterios de exclusión: Mortalidad durante el ingreso del trasplante cardíaco

Método de estudio: Se revisaran las historias clínicas informatizadas de los pacientes que formen parte del estudio.

Variables: Las variables principales han sido el tipo de urgencia (trasplante electivo; trasplante con urgencia cero: Días, tipo de Asistencia Circulatoria Mecánica (AMC), complicaciones; y trasplante con urgencia preferente: Días, portador o no de AMC y tipo, complicaciones), días de ingreso, necesidad y días de intubación, sedación y dispositivos. Se ha registrado el inicio de sedestación, bipedestación, deambulación y las condiciones y destino al alta.

Análisis estadístico: Las variable cuantitativas se expresan mediante media y desviación estándar. La comparación entre variables cuantitativas se realiza con t de student o U de Mann-Whitney. Las variables categóricas se expresan en frecuencias y porcentaje y se comparan mediante el test de chi-cuadrado o test de Fisher. Se consideran significativos valores de $p < 0,05$. Programa estadístico IBM SPSS v23.

Consideraciones éticas: El estudio tiene la aprobación del Comité de Ética Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital Clínic de Barcelona para revisión de historias clínicas (Reg.HCB/2019/0535)

Resultados

Se han trasplantado de corazón (TxC) 38 pacientes durante el periodo de estudio. 4 pacientes fallecieron durante el ingreso del trasplante. De 34 pacientes, la edad media ha sido de 54 años Desviación Estándar (DE) 12 y un 73,5% han sido hombres.

Los diagnósticos más prevalentes fueron miocardiopatía dilatada isquémica un 27%, seguido de cardiopatía isquémica + shock cardiogénico un 23%, y un 14% de miocardiopatía dilatada no isquémica.

Un 58,8% se han trasplantado de forma electiva, un 2,9% estaba ingresado y en urgencia preferente, y un 38,2% se han trasplantado en urgencia cero. Los pacientes en urgencia cero han llevado una media de 9,23 DE 3,96 días de ACM antes del TxC. Los pacientes con trasplante electivo iniciaron sedestación a los 3,45 DE 2,54 días, deambulación a los 9,55 DE 5,78 días, y tuvieron una media de ingreso de 21,95 DE 10,7 días. Sólo hubo un paciente en la serie que estaba ingresado en urgencia preferente e inició sedestación a los 2 días, deambulación a los 4 días y fue dado de alta a domicilio a los 28 días posterior al trasplante. Los pacientes con trasplante en urgencia cero iniciaron sedestación a los 9,62 DE 9,5 días, deambulación a los 29,92 DE 21,2 días, fue significativamente mayor que los pacientes que se trasplantaron de manera electiva, y tuvieron una media de ingreso de 45,46 DE 20,25 días posterior al trasplante.

Los pacientes que se trasplantaron electivamente fueron dados de alta a domicilio el 95%, por el contra los pacientes que estaban en

urgencia cero fueron dados de alta a centro sociosanitario el 61,5% ($p < 0,05$).

Discusión e implicaciones para la práctica

Los pacientes que llegan al trasplante cardiaco en urgencia cero, por ser portadores de AMC previo al trasplante, requieren una inmovilización que generalmente se asocia a un requerimiento de sedación y ventilación mecánica invasiva prolongada. Estos factores favorecen la miopatía del paciente crítico, que retrasa el inicio de la movilización precoz, aumentando la estancia hospitalaria y requiriendo en su mayoría el traslado posterior a centro de rehabilitación.

La fisioterapia que se realiza en la Unidad de Cuidados Intensivos mientras son portadores de ACM varía en función del estado clínico de los pacientes, incluyendo movilizaciones pasivas y/o activas. Además, se ha iniciado terapia con electroestimulación pero hacen falta protocolos que establezcan sus pautas de uso, así como estudios que evalúen su efectividad en estos pacientes, y su mejora en la movilización y condiciones al alta.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Furiasse N., Kobashigawa J.A. Immunosuppression and adult heart transplantation: emerging therapies and opportunities. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 2017, 15(1):59-69). doi: 10.1080/14779072.2017.1267565
2. Minasian SM, Galagudza MM, Dmitriev Y, Karpov A, Vlasov T. Preservation of the donor heart: from basic science to clinical studies. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*. 2015; 20(4); 510-9. <https://doi.org/10.1093/icvts/ivu432>
3. Shudo Y, Cohen JE, Lingala B, He H, Zhu Y, Woo YJ. Impact of "increased-risk" donor hearts on transplant outcomes: A propensity-matched analysis. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2019;157(2):603-10. doi:10.1016/j.jtcvs.2018.08.120
4. Gómez M, Segovia J, Serrano S, Ugarte J, Hernández FJ, Goirigolzarri J et al. Experience With a Long-term Pulsatile Ventricular Assist Device as a Bridge to Heart Transplant in Adults. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 70(9), 727–735. doi:10.1016/j.rec.2017.03.004
5. Madan S, Pate, SR, Saeed O., et al.(2019). Outcomes of Heart Transplantation in Patients with Human Immunodeficiency Virus. *American Journal of Transplantation*. 2019; 19 (5), 1529-35. doi:10.1111/ajt.15257
6. Kittleson MM, Kobashigawa JA. Cardiac Transplantation: Current Outcomes and Contemporary Controversies. *JACC Heart Fail*. 2017;5(12):857-68. doi: 10.1016/j.jchf.2017.08.021.
7. González-Vílchez F, Almenar-Bonet L, Crespo-Leiro MG, Alonso-Pulpón L, González-Costelo J, Sobrino-Márquez JM, et al. Registro Español de Trasplante Cardiaco. XXIX Informe Oficial de la Sección de Insuficiencia Cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología (1984-2017). *Revista Española de Cardiología [Internet]*. 2018 Nov 1 [cited 2019 May 8];71(11):952–60. Available from: <http://search.ebscohost.com.sire.ub.edu/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0300893218304330&lang=es&site=eds-live>
8. Rosenbaum AN, Kremers WK, Schirger JA, Thomas RJ, Squires RW, Allison TG, Daly RC, Kushwaha SS, Edwards BS. Association Between Early Cardiac Rehabilitation and Long-term Survival in Cardiac Transplant Recipients. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(2):149-56. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.12.002

AUTORES/AUTHORS:

Adriana San Miguel, Dolors Estrada, Alejandra Egea, Cristina Benitez, Carmen Antonia Diaz

TÍTULO/TITLE:

¿Disponen los pacientes diabéticos de conocimientos suficientes?

Objetivo

Identificar el nivel de conocimientos de la diabetes, en un grupo de pacientes ingresados en una unidad de medicina interna, como paso previo a diseñar un sistema educativo.

Metodología

Estudio descriptivo transversal en unidad de medicina interna. Hospital 3er nivel.

Participación 120 pacientes diabéticos mayores de 65 años.

Exclusión Ingreso menor de 48h .Alteraciones neurológicas. Patologías graves

Variables Edad. Sexo .Nivel cultural. Motivo ingreso .Patologías asociadas Tiempo diagnóstico diabetes .Conocimientos diabetes

Principal factor de estudio

Valoración del conocimiento sobre la diabetes mediante un cuestionario ad, hoc.

11 preguntas con dos posibles respuestas: Conoce. No conoce

Resultado**Muestra final**

120 pacientes: (49% hombres/51% mujeres). Edad media: 77 años. Grupo mayoritario comprendido entre 61-80 años con un 62%.

Motivo de ingreso: Disnea 35% .Estudio 28%

Estudios Grupo mayoritario: estudios primarios 33%

Media diagnóstico 10 años: .52% en tratamiento con insulina .55% glicemia capilar en casa

Patologías asociadas: 83% Hipertensión arterial

Conocimientos sobre diabetes

26% -- Indica que le han explicado que es la diabetes.

78% -- Asocia diabetes con alto nivel de azúcar.

43% -- Conoce síntomas hipoglucemia (47% sabe cómo actuar).

63% -- Conoce síntomas hiperglucemia (35% sabe cómo actuar).

Alimentos que deben evitar

32% responden correctamente (zumo y pastel).

Consultar en casa signos de alarma

53% sabe donde realizarlo (CAP y 112).

Discusión

Los resultados demuestran carencia de información sobre su enfermedad en este grupo de pacientes.

Existe falta de estrategia de comunicación e información.

Implicaciones para práctica clínica

Se debe realizar estrategias educativas para mejorar la adherencia al tratamiento, evitar descompensaciones y las complicaciones

de la enfermedad, para permitir mayor seguridad al alta.

No existe conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2012;35 Suppl 1:S64–71.
- 2- World Health Organization. Health statistics and information systems. Estimates for 2000–2012. Ginebra:World Health Organization;2014.
Department of Health Statistics and Information Systems WHO, Geneva May 2014
Autor/es. Título del informe. Lugar de publicación: Organismos/Agencia editora; año. Número o serie identificativa del informe.
Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.7
- 3- Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Diabet.es Study. *Diabetologia*. 2012;55:88-93.
- 4- Rydén L, Grant P, Anker SD, Danchin N, Deaton C, Escaned J, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular, en colaboración con la European Society for the Study of Diabetes. *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67(2):13.
- 5- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2008. *Diabetes Care*. 2008;31:12–54..
- 6- Pérez A, Gómez R, Álvarez F, García J, Mediavilla JJ, Menéndez E.Documento de consenso sobre el tratamiento al alta hospitalaria del paciente con hiperglucemia. *Med Clin*. 2012;138(15): 666.e1-666.e10
- 7- Monteagudo A, Segura JM.Implementación de un programa de educación terapéutica mínimo para pacientes diabéticos hospitalizados que inician tratamiento con insulina. *Avances en diabetología*.2010; 26(4):281-285.
- 8- Longtin Y, Sax H, Leape L, Sheridan S, Donalson L, Pittet D. Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*. 2010; 85:53-62.
- 9- .Sarkar U, Handley MA, Gupta R, Tang A, Murphy E, Seligman HK, et al. What happens between visits? Adverse and potential adverse events among a low-income, urban, ambulatory population with diabetes. *Qual Saf Health Care*. 2010; 19:223-8.23.
- 10-Vinagre I, Mata-Cases M, Hermosilla E, Morros R, Fina F, Rosell M, et al. Control of glycemia and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes in primary care in Catalonia (Spain).*Diabetes Care* .2012;35:774-779.
- 11- Muñoz A, Sánchez V, Puchades A, Piquer C, Ferrer E. Revisión sistemática de las intervenciones de enfermería en el ámbito de la diabetes 1998-2008.*Enfermería Integral*. 2010;90:11-15.

AUTORES/AUTHORS:

Patricia Pérez García, Joan Colet Camps, Paula Fruitós Andreu, Silvia López Reyes, Fernando López Segura, Pau Papiol Llauradó, Ester Armajach Cano, Xavier Ricart Altemir, Antonia Sánchez Pajares Romero

TÍTULO/TITLE:

La importancia de la comunicación del diagnóstico de Diabetes Mellitus en la adherencia al tratamiento

Objetivo: Explorar la relación existente entre cómo el equipo de salud informa sobre la Diabetes Mellitus (DM) y la adherencia al tratamiento.

Método: Investigación cualitativa de carácter exploratorio. Se obtuvieron notas de las intervenciones durante el transcurso de una actividad de educación sanitaria grupal de 8 participantes sobre DM (1 sesión semanal durante 6 semanas de 2 horas) en una Área Básica de Salud. Se realizaron, grabaron y transcribieron entrevistas semi-estructuradas hasta la saturación de la información a 3 de los 8 participantes seleccionados por muestreo de conveniencia donde se preguntaba por el inicio de la enfermedad y cómo y quién informa del diagnóstico, sentimientos generados, el momento en que se reacciona ante la enfermedad, las carencias informativas y de trato personalizado, el momento de la introducción del concepto insulina y las barreras que genera. Las entrevistas se realizaron los meses de enero y febrero 2019. El análisis de la información se inició con un proceso deductivo de definición de códigos desde los textos transcritos de las entrevistas, agrupados en subcategorías y categorías, surgiendo las tres categorías: profesional responsable de emitir el diagnóstico (actitud del profesional y derivación), contenido (forma expresiva utilizada, definición de la enfermedad, evolución, complicaciones, riesgos, recursos y tratamiento en cuanto a alimentación/ejercicio, antidiabéticos orales e insulina) y percepción del paciente (conocimientos/ percepciones previas, comprensión del diagnóstico, aspectos, barreras emocionales, psicológicas, espacio/momento de expresión). Se solicitó consentimiento informado a los participantes. Se aseguró la confidencialidad de la información generada a lo largo del proceso.

Resultados: La utilización de expresiones ambiguas por parte de los profesionales médicos en el momento de emitir el diagnóstico provoca que el paciente lo perciba de manera poco relevante. Esto se puede ver en expresiones como "Yo creo que llegué después de una analítica y me dijeron que tenía azúcar, sin más explicaciones, y me dieron una pastilla y me dijeron que la tomara y me irían controlando. A. C, 66 años". Así mismo los informantes refieren baja cercanía de los profesionales sanitarios a lo largo de todo el proceso, sobretudo al preguntarles por estos hechos de épocas pasadas, más de 8-10 años. Expresiones como "No, no informaban de nada. Tenías esto, te daban la pastilla, te...Punto pelota. Ahora, de unos años atrás, sí. A. C, 66 años" corroboran este punto. También hacen referencia a escasa oferta de recursos y de información específica sobre DM y reclaman la necesidad de un espacio donde expresarse emocionalmente. Respecto a la insulina, se detecta que no fue mencionada como opción terapéutica en las fases iniciales de la enfermedad. Los pacientes desconocen qué es exactamente la insulina y existe un sobredimensionamiento de lo que implica este tratamiento (percepción de tratamiento definitivo, miedo a la inyección continuada, hipoglucemias, sensación de obligación, de empeoramiento de la enfermedad y de invasión). "No me gustaría llegar a pincharme. Porque me da la impresión que estoy mucho peor. Si me pongo insulina es porque estoy mucho peor de lo que estoy que con pastillas... yo creo que es más invasivo que para mi cuerpo es más invasivo la insulina que la pastilla... A. C, 66 años".

Discusión/Conclusiones: Todo ello conlleva a un inadecuado cumplimiento del tratamiento sobretudo en estados tempranos y tardíos de la enfermedad. La percepción silente de la enfermedad en las primeras fases hace más necesaria la correcta comunicación del diagnóstico, siendo necesario reforzar la importancia de seguir unos principios educativos holísticos y rigurosos los primeros días de la comunicación del diagnóstico. Además, dicha comunicación podría ser relevante para moderar limitaciones o miedos entre los que se incluyen los referidos a la insulinización, aunque a veces es más el médico que el paciente el que decide posponer el tratamiento con insulina como sugieren autores como Sara Artola Menéndez, coordinadora científica de la Estrategia Nacional en Diabetes del Sistema Nacional de Salud.

Implicaciones: La información que se le ofrece al paciente en el proceso comunicacional es clave para la correcta adherencia al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Galindo-Rubio M. Barreras para la insulización. Programa educativo para la insulización. Hipoglucemias. En: Martínez-Hernández J. Pautas de Actuación y Seguimiento. Insulinización en diabetes tipo 2. Madrid: Organización Médica Colegial de España y Fundación para la formación; 2016. p. 69-93
- Gómez-García MC, Fernández-Fernández I, Ávila-Lachica L, Garrido-Redondo N, Martín-Manzano JL, Ortega Millán C, et al. Guía Clínica de Diabetes Mellitus. Grupo de Diabetes de la SAMFYC [Internet]. 2011 [citado en febrero 2019]. Disponible en: <http://www.grupodiabetessamfyc.es/index.php/guia-clinica/guia-clinica/diagnostico.html>
- Loraine-Ledón LI. La comunicación en el campo de la diabetes mellitus, algunas pautas para su acción efectiva. Revista Cubana de Endocrinología 2014; 25(2): 124-138

AUTORES/AUTHORS:

ESTELA MUÑOZ GONZÁLEZ, PhD, NIEVES BLÁZQUEZ GÓMEZ, MARTA SÁNCHEZ GARCÍA, NICOLÁS CUENCA ZALDÍVAR, LAURA MARTÍN LOSADA, BEATRIZ PARRÓN MARTÍN, MARÍA ISABEL ALCONERO GUTIÉRREZ, PhD

TÍTULO/TITLE:

Manejo de las heridas crónicas, la importancia de las escalas en la evaluación del seguimiento

Introducción: Los profesionales de enfermería son claves en el abordaje de las lesiones crónicas, pues la valoración, cuidados y seguimiento de las mismas es una parte importante de su actividad y supone un indicador básico de la calidad de los cuidados^{1,2,3}. Dentro de éstos, la disminución de la variabilidad en la práctica clínica y la coordinación entre profesionales es fundamental para un adecuado seguimiento ⁴. Este seguimiento no solo incluye el objetivo final, la cicatrización, sino que además supone evaluar los objetivos a medio plazo y la evolución de la lesión^{4,5}. Actualmente, no hay herramientas validadas en castellano con los ítems para conseguir este seguimiento, por lo que los registros clínicos no se adaptan a las necesidades ni ofrecen la realidad clínica de los pacientes^{6,7,8}. Con este objetivo, se planteó la realización del presente estudio para establecer si la escala de evaluación del seguimiento de lesiones crónicas utilizada hasta la fecha se adaptaba a las necesidades del centro y ofrecía un adecuado seguimiento frente a otras dos escalas.

Objetivo: Comparar las escalas Pressure Ulcer Scale for Healing⁹, Photographic Wound Assessment Tool¹⁰ y Bates-Jensen Wound Assessment Tool¹¹ en la evaluación del seguimiento de lesiones cutáneas crónicas y determinar cuál se adapta mejor a las necesidades de un hospital de media estancia.

Ámbito: Hospital Guadarrama, de media estancia. Diseño: Estudio descriptivo de serie de casos, de medidas repetidas. Sujetos incluidos, pacientes que ingresan en la 1ª y 3ª planta entre el 1 y 12 de abril de 2019 con herida crónica en el sacro de grado II o más. Se excluyeron los sujetos con infección por bacteria multirresistente. Muestra de 3 sujetos, no se incluyeron los datos del sujeto nº 2 dado que la herida cicatrizó en la semana tres de cinco.

Variables: Puntuación en las escalas: PUSH, rango de 0 a 17 pts; PWAT-revised, de 0 a 32 pts; BWAT, de 13 a 65 pts.

Instrumentos: Escala PUSH desarrollada por el National Pressure Ulcer Advisory Panel que contiene 3 ítems, traducida al castellano, no validada; la escala PWAT, versión modificada de la herramienta PSST por Hodgkinson, Bowles, Gordy, Parslow y Houghton en el 2010 y consta de 8 ítems; y la escala BWAT elaborada por Barbara Bates-Jensen en el año 2001 con 13 ítems; ninguna de estas dos últimas validadas al castellano.

Método: Antes de la evaluación del seguimiento se realizó una revisión bibliográfica sobre la escala PUSH, PWAT y BWAT. Estas dos últimas no están disponibles en castellano, por lo que se realizó una traducción y posteriormente fue revisada por enfermeros expertos en el cuidado de heridas. Una vez incluido el paciente en el estudio y aceptado el consentimiento se realizó una evaluación semanal con las 3 escalas durante 5 semanas. La evaluación la realizó una persona distinta a la que realizó la cura e instruida. Ésta se hizo antes de la retirada del apósito y de la limpieza de la herida incluyendo una fotografía para digitalizar la evaluación. Análisis de los datos: Se obtuvo la puntuación de las tres escalas, estandarizando sus medias y comparándolas. Se evaluó el porcentaje de cambio de la primera a la última semana. Se realizó una comparación de los cambios en la puntuación y su relación con los cambios reales en la evolución de la herida. Aspectos éticos: El estudio no supone problemas éticos, no fue necesaria la solicitud al comité ético para realizarlo. Se pasó consentimiento de difusión de imágenes, propio del Hospital, y fue necesario que el paciente lo aceptase para seguir con el estudio. Limitaciones: La muestra se obtuvo por conveniencia, lo que supone un posible sesgo al no existir aleatorización.

Resultados: Al comparar la puntuación inicial y final, el porcentaje de cambio es del 8,824% en PUSH, 12,5% BWAT y 17,188% PWAT. Las escalas PWAT y BWAT presentan mayor variabilidad en las tomas. Al comparar las medias estandarizadas de las escalas entre sí, la PUSH y PWAT puntúan de manera similar, mientras que la BWAT presenta claras diferencias en las mediciones

con respecto a la PUSH. Discusión: La escala PUSH no parece reflejar cambios en la evolución de las heridas, cuando la herida sí ha cambiado. Las escalas PWAT y BWAT ofrecen un mayor número de ítems y evalúan aspectos de la herida que son necesarios a la hora de establecer la evolución de ésta. La escala PUSH al evaluar sólo tres aspectos, en ocasiones deja sin información sobre el cambio de la herida. La escala BWAT se adapta mejor a las necesidades del centro y parece reflejar mejor los cambios en las heridas que la PUSH. Implicaciones para la práctica: La calidad de los registros sobre la evolución de las heridas crónicas en castellano es limitada. Siendo muy importante que existan datos objetivos que ayuden a la valoración y tratamiento de las heridas crónicas, permitiendo a diferentes profesionales determinar el grado de consecución de los objetivos del tratamiento. Estandarizar la evaluación de las heridas es una prioridad entre los profesionales para garantizar la intervención eficaz. Realizar la validación al castellano de la escala BWAT, que ha demostrado su eficacia en otros idiomas, sería un paso para conseguir esta estandarización y mejorar del seguimiento de las heridas crónicas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Allué Gracia. M. A., Ballabriga Escuer. M. S., Clerencia Sierra. M, Gállego Domeque. L, García Espot. A Y Moya Porté. M.T.. Heridas crónicas: Un abordaje integral. Gráficas Alós. D. L.: Hu. 214/2012. ISBN: 978-84-615-8609-7.
2. Conceição de Gouveia, VL, Danielle Sellmer, S y Elias Massulo, MM. Confiabilidad inter-observadores del pressure ulcer scale for healing (PUSH) en pacientes con úlceras crónicas en la pierna. Rev Latino-am Enfermagem 2007; 15(3)
3. González-Consuegra, R. V., Matiz-Vera, G. D., Hernández-Martínez, J. D., Guzmán-Carrillo, L. X.. Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de personas con úlceras por presión. Rev. Fac. Med. 2015 Vol. 63 No. 1: 69-80.
4. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales. Tercera edición. Guías de buenas prácticas. Mayo 2016.
5. Larrea-Leoz B., Vázquez-Calatayud M, Labiano-Turrillas J. Evaluación del impacto de una intervención de enfermería en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Gerokomos [Internet]. 2015 Sep [citado 2019 Abr 14]; 26(3): 115-119.
6. Maklebust J, Rodeheaver G, Bartolucci A, & et al. Pressure Ulcer Scale for Healing: Derivation and Validation of the PUSH Tool. ADV WOUND CARE, 1997, 10(5).
7. Restrepo Medrano, J.C.. Instrumentos de monitorización clínica y medida de la cicatrización en UPP y úlceras de la extremidad inferior (UEI). Desarrollo y validación de un índice de medida. Tesis Doctoral. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. 2010.
8. Patón Villar F, Lorente Granados G, Fernández-Lasquetty Blanc B, Hernández Martínez A, Escot Higuera Sandra, Quero Palomino Mª A et al . Plan de mejora continua en prevención-tratamiento de úlceras por presión según el ciclo de Deming. Gerokomos [Internet]. 2013; 24(3): 125-131.
9. Berlowitz DR, Ratliff C, Cuddingam J, & Rodeheaver GT. (2005). The PUSH tool: a survey to determine its perceived usefulness. Adv Skin Wound Care, 18, 480-483.
10. Houghton PE, Kincaid C, Campbell K, & Woodbury G. Photographic Assessment of the appearance of chronic pressure and leg ulcer. Ostomy Wound Management, 2000. 46(4), 20-30.
11. Sebastián-Viana T., González-Ruiz J.M., Núñez-Crespo F., Lema-Lorenzo I., Gadea-Romero G., Losa-Iglesias M.E.. Validity of clinical register of pressure ulcers. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2014, 37(1): 17-24.

AUTORES/AUTHORS:

Raquel Ariño Ferrer, Alfonso Buenaventura Florit, Mónica Ponce López, Beatriz Prado Sánchez, Celia Ferreiro Veiga, Leticia Alacis Riudavets, Maria del Pilar Borràs Pons, Sonia Casal Figueira, Silvia Obarrio Fernández

TÍTULO/TITLE:

COMPLICACIONES EN PACIENTES OSTOMIZADOS CON Y SIN MARCAJE PREOPERATORIO

Cuando hablamos de ostomía nos referimos a la abocación artificial de una víscera hueca o de un conducto a través de la pared y piel del abdomen. La ubicación del estoma en el abdomen depende de la parte del colon que se usó para construirla. Estos procedimientos se realizan en todos los grupos de edad, desde los neonatos hasta los ancianos. Las razones por las cuales se puede llevar a cabo una ostomía son diversas como por ejemplo, infección abdominal, diverticulitis perforada, lesión al colon o al recto, bloqueo parcial o completo del intestino grueso (oclusión intestinal), cáncer colorrectal, fístulas o heridas en el perineo, reflujo vesicoureteral, malformaciones congénitas, carcinoma vesical, incontinencia urinaria, cistitis intersticial, extrofia vesical, carcinoma uretral...

La realización de estomas de eliminación es necesaria para tratar diferentes enfermedades; pero supone una secuela que produce un gran impacto en la vida del paciente. Afecta a la pérdida de control, la autoimagen, y la capacidad de relacionarse laboral y socialmente con otras personas. Por lo que se refiere al marcaje del estoma se trata de una técnica mediante la cual se ubica el posible estoma sobre la piel del paciente antes de la intervención quirúrgica. El principal objetivo de ésta es evitar futuras complicaciones, mejorando la calidad de vida del paciente ostomizado. Se realizará en la Consulta de Enfermería del Paciente Ostomizado cuando la IQ se prevea en un plazo inferior a 5 días. De lo contrario se realizará en la unidad de hospitalización en el momento del ingreso. Una ubicación correcta del estoma puede disminuir complicaciones. En la práctica clínica desde 2017 es competencia enfermera realizar el marcaje en la visita preoperatoria en la Consulta de Enfermería de Ostomías (CEO). Los pacientes ostomizados precisan una atención especializada para poder fomentar su independencia y su calidad de vida. Esta atención empieza antes de la intervención quirúrgica y dura toda la vida del paciente ostomizado.

OBJETIVO:

Analizar la aparición de complicaciones en pacientes ostomizados con y sin marcaje preoperatorio en un hospital de segundo nivel.

MÉTODO:

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de la unidad de hospitalización quirúrgica (cirugía y urología) de un hospital de segundo nivel y de la CEO. Recopilación de datos desde dos registros de enfermería; el primero, cumplimentado durante el postoperatorio inmediato en la unidad de hospitalización y el segundo, en el postoperatorio tardío en la CEO. Entre los datos figuran el tipo de intervención, el tipo de ostomía, el marcaje y las complicaciones. En el análisis de los datos se compararon la cantidad de pacientes marcados y no marcados en el preoperatorio y se describieron los tipos de complicaciones más frecuentes debido a ello. La muestra inicial fue de 57 pacientes, de los que se excluyeron los exitus y los pacientes intervenidos en otro hospital. La muestra final es de 35 pacientes en un periodo de estudio entre enero de 2017 y abril de 2019.

RESULTADOS:

De los 35 pacientes, 13 fueron marcados previamente a la intervención (37.14% del total). De los cuales, un 84.61% fueron programados y un 15.38% urgentes. Un 69.23% no padecieron ningún tipo de complicación al momento del alta. Sin embargo, un 30.76% sufrieron al menos una complicación. Las complicaciones más frecuentes son las dermatitis con un 23.81% y las úlceras con un 19.04%. Por otro lado, un 64.86% del total de la muestra no fueron marcados previamente. Un 33.33% no presentaron ninguna complicación y un 80.95% tuvieron complicaciones, entre las que destacan dermatitis, edema, retracción, úlceras, hernia/prolapso, dehiscencia o granuloma.

DISCUSIÓN:

En nuestro hospital existe un bajo porcentaje de pacientes marcados previamente a la intervención, comparado con los que serían susceptibles de serlo, lo que nos hace pensar en la falta de desconocimiento por parte de enfermería de la importancia de dicha técnica. Centrándonos en los que han sido marcados, la mayor parte corresponden a programados, por lo que se debería estudiar posibles circuitos para conseguir que los urgentes se marquen. Lo anteriormente dicho se ve reforzado por las elevadas cifras de no complicaciones en los marcados. Como conclusión los datos sobre marcaje, nos hace pensar que podríamos estudiar si el número de complicaciones que derivan de estas es dependiente únicamente de la existencia o no de marcaje preoperatorio, o si depende también del efluente u otros factores externos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Organización Colegial de Enfermería Consejo General. Resolución no21/2017 [Internet]. Madrid; 2017 p. 22. Disponible desde: www.seqm.org
- Grupo COF (Coloplast Ostomy Forum) de España. Marcaje del estoma [Internet]. 2016. Disponible desde: www.coloplast.es
- Recio Medina FJ, López Rodríguez L. El marcaje del estoma y su repercusión en la calidad de vida y en las complicaciones postoperatorias en pacientes con colostomías [Internet]. [Sevilla]: Sevilla; 2017. Disponible desde: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11285.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

Narly Benachi Sandoval, Mireia López Poyato, Andrea Guaita Mateo, Elena Mañes López, Josep Ventura Emanuel, Susanna Torres Belmonte

TÍTULO/TITLE:

Influencia de la Red de Apoyo Social en la percepción de la evolución de la fibromialgia

Objetivo: Establecer la influencia de la Red de Apoyo Social (RAS) en la percepción de la evolución de la fibromialgia (FM).

Métodos: Estudio observacional, en 162 pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de FM (criterios de la American College of Rheumatology [ACR] 1990/2010), pertenecientes a 3 Centros de Atención Primaria. Se evaluó la RAS percibida por el paciente en el ámbito familiar, grupo de amigos, y profesionales sanitarios (0=dispone de toda la ayuda que pudiera necesitar; 1=no dispone de la ayuda) y la Percepción de la Evolución de la Fibromialgia (PEFM) desde el inicio de los síntomas hasta la actualidad (0=igual o mejor ahora; 2=peor ahora). Las variables sociodemográficas fueron edad, sexo y tiempo de diagnóstico.

En el análisis univariante, se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y media, desviación estándar, máximo y mínimo para las cuantitativas. Se utilizó la Chi² para evaluar asociación entre las variables RAS y PEFM.

Resultados: el 98,77% (160/162) fueron mujeres. La media de edad fue de 61 años (DS:9,33; min-max:24-88). La media de años de evolución diagnóstica fue 15,22 (DS:8,39;min-max:1-43). RAS familiar: el 43,68% (38/87) de los pacientes, manifestaron sentirse peor ahora y no tener la RAS familiar frente al 56,32% (49/87) que si percibió tener este tipo de RAS (p=0.374). RAS grupo de amigos: el 49,43% (43/87) manifestaron sentirse peor ahora y no disponer de la RAS y el 50,57% (44/87) informó disponer de esta RAS (p=0.856). RAS profesionales sanitarios: el 26,44% (23/87) manifestaron sentirse peor ahora y no disponer de la RAS frente al 73,56% (64/87) que si percibió tenerla (p=0.136).

Discusión: no hay evidencia suficiente que demuestre la influencia de la red de apoyo social en la percepción de la evolución de la enfermedad. Es necesario explorar otras variables sociodemográficas y de estado de salud (1-3).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Arnold LM, Gebke KB, Choy EH. Fibromyalgia: management strategies for primary care providers. *Int J Clin Pract*. 2016;70(2):99-112.
2. Maurel S, Rodero B, Lopez-del-Hoyo Y, Luciano JV, Andrés E, Roca M, Bergos Rdel M, Ruiz-Lancina Y, García-Campayo J. Correlational analysis and predictive validity of psychological constructs related with pain in fibromyalgia. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011;12:4. doi: 10.1186/1471-2474-12-4.
3. Markkula RA, Kalso EA, Kaprio JA. Predictors of fibromyalgia: a population-based twin cohort study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17(1):29. doi: 10.1186/s12891-016-0873-6.

AUTORES/AUTHORS:

Sylvia Amorós Cerdà, María Fátima Céspedes Ballona, María Viña García-Bericua, Pilar Andreu Rodrigo, María Guenoun Sanz

TÍTULO/TITLE:

Valoración del dolor en un hospital de tercer nivel

Objetivos:

Objetivo general: analizar el registro de valoración del dolor en las unidades de hospitalización del Hospital Universitario Son Espases.

Objetivos específicos:

- Explorar el número total de registros realizados por las enfermeras de las diferentes unidades de hospitalización.
- Describir el uso del tipo de escalas de valoración del dolor en las diferentes unidades de hospitalización.

• Método:

Estudio observacional descriptivo. El período de análisis de los datos es de 2011 a 2018. Se realizó una explotación de los datos de la historia clínica electrónica (HCE). Se incluyeron todos los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización de adultos. Se excluyeron las unidades de pediatría, área ambulatoria, urgencias y críticos.

• Resultados

La escala con mayor número de uso registrado es la Escala Visual Analógica (EVA), con un resultado del 87% del 1.009.836 de registros, seguida de la Escala de rostros de dolor (FPS).

Del total de EVA (878.694 registros) un 58,76% corresponden a la valoración del dolor con el paciente en reposo, seguida de la EVA con el paciente en movimiento con un 37,12%. Las unidades con mayor número de registro durante los 8 años de recogida de información son las unidades quirúrgicas, destacando Cirugía general digestiva y Cirugía cardíaca; y con menor registro se sitúan las unidades médicas, como Psiquiatría, Medicina interna y Neurología. La escala Painad comenzó a utilizarse en el año 2018 en Cardiología y Medicina interna.

De la FPS el 23,70% del total de registros corresponden a Medicina Interna y el 17,86% a Cirugía general.

• Discusión

La valoración del dolor en la práctica clínica es frecuentemente inapropiada e insuficiente. El uso de las diferentes escalas debe adecuarse a la situación del paciente y requiere de la expertía de los profesionales. Los registros informáticos son una herramienta útil que nos permiten realizar un diagnóstico de la situación en las diferentes unidades de hospitalización.

Del total de las escalas incluidas en la HCE, la EVA es la más registrada aunque hay indicios de que se confunde con la Escala Verbal Numérica (EVN). Además, el uso de la FPS en adultos, nos confirma el uso inapropiado de las escalas. La explotación de los datos nos permite un análisis general y numérico pero no, un análisis cualitativo de los mismos.

La gráfica del índice de registro de la valoración del dolor indica un crecimiento ascendente en todos los casos, este hecho se explica en una mayor concienciación por parte de los profesionales en la importancia del registro de los cuidados enfermeros y la inclusión de la valoración del dolor como 5ª constante y como indicador en los contratos de gestión desde 2014.

Las implicaciones para la práctica clínica de este trabajo son las de reevaluar el uso adecuado de las escalas de dolor en nuestro hospital para poder ofrecer unos cuidados de calidad en función del grado de dolor detectado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Registered Nurses' Association of Ontario (2013). Valoración y manejo del dolor (3a ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Ogidan Oluwakemi C.; Olayinka, Ajao; Olufunke, Odejide Deborah; International Journal of Caring Sciences, 2018;11:163-170..Factors Associated with Utilization of Pain Assessment Tools in Pain Management among Nurses in Selected Hospitals in Ekiti State.

Jensen Hjermstad M, Fayers PM, Haugen DF,Caraceni A,Hanks GW, Loge JH, et al. On behalf of the European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC).Studies Comparing Numerical Rating Scales,Verbal Rating Scales, and Visual AnalogueScales for Assessment of Pain Intensity inAdults: A Systematic Literature Review.Journal of Pain and Symptom Management. 2011;41:1073-93.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII

Session of Oral Brief Presentations VIII

AUTORES/AUTHORS:

Beatriz Hernández Méndez, Estela Sanjuan Menendez, Esperanza Zuriguel Pérez, Isabel Martín Silva, Martí Tapias Vilanova, Yolanda Moreno Gallo, Eva Lorenzo Tamayo, Montserrat Ramos González, Marina Montufo Rosal

TÍTULO/TITLE:

Mobilización Temprana Interdisciplinar en la Unidad de Ictus: Índice de Barthel y EQ-5D-3L a los 90 días y al año

1. Objetivos

Analizar la funcionalidad y la calidad de vida a los 90 días y al año, de los pacientes con Ictus agudo que han recibido el protocolo de movilización temprana interdisciplinar que actualmente se realiza en la Unidad de Ictus (UI) de nuestro hospital.

2. Métodos

Estudio observacional longitudinal prospectivo de dos años de duración (2017-2018). Los participantes n=118, fueron pacientes consecutivos ingresados en nuestra UI, que realizaron movilización temprana interdisciplinar según criterios de inclusión (presentar déficit motor y una modified Rankin Scale (mRS) ≤ 2 previa al ingreso). Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y del proceso de atención. Se utilizaron las escalas National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Índice de Barthel (IB) y Cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D-3L). Los datos clínicos se recogieron durante el ingreso y al alta de la UI (habitualmente 72h), y vía telefónica o presencialmente a los 90 días y al año. El estudio fue aprobado por el comité de ética del centro. Se realizó un análisis descriptivo y bivariante mediante el programa SPSS 24.0. Los tiempos y las escalas se presentan en mediana e intervalo intercuartílico.

3. Resultados

Edad media: 72 \pm 12 años. Mujeres: 40 (33,9%). Ictus isquémico: 91 (77,1%). NIHSS basal: 12 (4;18). Tratados con reperusión: 51 (43,2%). Tiempo desde el ingreso hasta la primera sedestación: 32 (20;43) horas. Duración media primera sedestación: 3,5 (3;4) horas. Tolerancia primera sedestación: 95,5%. Tiempo desde el ingreso hasta el inicio de la fisioterapia precoz en la habitación: 35 (22;45) horas y en el área terapéutica 60 (41;80) horas, con una duración media de la sesión diaria de fisioterapia de 30 (15;45) minutos. Alta a domicilio tras el ingreso en la UI: 15 (12,8%), a los 90 días 58 (69,1%) y al año 79 (86,9%). Supervivencia: a 90 días 103 (87,3%) y al año 93 (87,8%). Al alta de la UI, NIHSS: 6 (2;15). Funcionalidad: al alta de la UI, IB 35 (10;70). A los 90 días IB 85 (40;100) y al año IB 90 (60;100), destacando la dependencia en lavarse-bañarse, 44,1% y 45% respectivamente. Calidad de vida: EQ-5D-3L a los 90 días con la principal incapacidad de realizar las actividades cotidianas (36,23% incapaces), seguido de la incapacidad en el cuidado personal como lavarse o vestirse (20,29% incapaces); y al año, 26,14% incapaces y 12,5% incapaces respectivamente.

4. Discusión

El Ictus es la primera causa de discapacidad física en adultos. Las guías clínicas internacionales promueven la organización de la atención en unidades interdisciplinarias de Ictus con una movilización y rehabilitación precoz para reducir el riesgo de dependencia. El debate es cuan temprana y cuánto debe movilizarse un paciente, fuera de la cama, para aumentar las probabilidades de recuperar la funcionalidad y la calidad de vida.

Los resultados parciales presentados en este estudio son resultado del protocolo de movilización temprana interdisciplinar que se realiza actualmente en nuestra UI y que consiste en, a partir de las 24 horas post-Ictus, iniciar la sedestación con enfermería y realizar fisioterapia (una sesión al día en la habitación o en el área terapéutica, según déficits).

Estos datos aportan evidencia en la práctica clínica sobre la relación entre la dosis de movilización temprana y fisioterapia con la recuperación del nivel de autonomía y calidad de vida a los 90 días y al año post-Ictus; y sobre el impacto de intervenciones interdisciplinarias en el proceso clínico de los pacientes.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Financiación:

El estudio ha recibido financiación del Colegio de Fisioterapeutas de Cataluña.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bernhardt, J., Churilov, L., Ellery, F., Collier, J., Chamberlain, J., Langhorne, P., ... Donnan, G.; AVERT Group. (2016). Prespecified dose-response analysis for A Very Early Rehabilitation Trial (AVERT). *Neurology*, 86(23), 2138-45.
2. Bernhardt, J., English, C., Johnson, L., & Cumming, T.B. (2015). Early mobilization after stroke: early adoption but limited evidence. *Stroke*, 46(4), 1141-1146.
3. Bernhardt, J., Langhorne, P., Lindhley, R.I., Thrift, A. G., Ellery, F., Collier, J., ... Donnan, G.; AVERT Group. (2015). Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. *Lancet*, 386(9988), 46-55.
4. Boulanger, J.M., Lindsay, M.P., Gubitz, G., Smith, E.E., Stotts, G., Foley, N., ... Butcher, K. (Update 2018). Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition. *International Journal of Stroke*, 13(9), 949-9842.
5. Divisón, J.A., y Escobar, C. (2016). Eficacia y seguridad de movilización al inicio del ictus (AVERT): un ensayo controlado. *Semergen*, 42(7), 482-484.
6. Langhorne, P., Collier, J.M., Bate, P.J., Thuy, M.N.T., & Bernhardt, J. (2018). Very early versus delayed mobilisation after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16;10:CD006187.
7. Langhorne, P., Wy, O., Rodgers, H., Ashburn, A., & Bernhart, J. (2017). A Very Early Rehabilitation Trial after stroke (AVERT): a Phase III, multicentre, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 21(54), 1-120.
8. Li, Z., Zhang, X., & Wang, K. (2018). Effects of Early Mobilization after Acute Stroke: A Meta-Analysis of Randomized Control Trials. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, 27(5), 1326-1337.
9. Moreno-Palacios, J.A., Moreno-Martinez, I., Bartolome-Noguesm A., Lopez-Blanco, E., Juarez-Fernandez, R., & Garcia-Delgado, I. (2017). Prognostic factors of functional recovery from a stroke at one year. *Revista de Neurología*, 64(2), 55-62.
10. Schnitzler, A., Yelnik, A., Wanepain, M., Reiner, P., Devailly, J.P., & Vicaut, E. (2018). Active mobility early after stroke (AMOBES), 1 year follow-up. A randomised controlled trial. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 61S,e20.
11. Yelnik, A.P., Quintaine, V., Andriantsifanetra, C., Wannepain, M., Reiner, P., Marnef, H., ... Vicaut, E.; AMOBES Group. (2017). AMOBES (Active Mobility Very Early After Stroke): A Randomized Controlled Trial. *Stroke*, 48(2), 400-405.

AUTORES/AUTHORS:

Yasmina Manzano Bort, Anna Marta Falco Pegueroles, Jaume Llopis Cañameras, Montserrat Escute Amat, Ramon Mir Abellan

TÍTULO/TITLE:

Vivencia del proceso de contención desde la perspectiva de enfermería. Piloto.

Objetivos

1. Explorar percepciones del profesional de enfermería a partir de la experiencia vivida durante el manejo y el cuidado de un paciente en agitación psicomotriz.
2. Explorar los factores externos que influyen a la hora de aplicar o no la contención mecánica.

Método

Se trata de un estudio cualitativo. Se obtienen los datos mediante entrevistas semiestructuradas de <60 minutos grabadas a diferentes profesionales, realizadas durante su jornada laboral en un despacho en otra unidad. Se trata de un muestreo teórico teniendo en cuenta las variables: Experiencia en salud mental, género, unidad de hospitalización psiquiátrica donde trabaja actualmente y turno. Los participantes pertenecen al Parc Sanitari Sant Joan de Dèu. Teniendo en cuenta las variables se decide un mínimo de 27 entrevistas o hasta obtener saturación de datos. El análisis se inicia con la transcripción de las entrevistas, una lectura en profundidad y una primera codificación. Esta codificación se triangula con los diferentes investigadores hasta llegar a un consenso.

Resultados y discusión

Los resultados expuestos son de las 5 entrevistas analizadas hasta el momento.

Percepción del profesional

Los profesionales entrevistados expresan sentirse más cómodos con el uso de la intervención verbal y farmacológica para poder manejar la agitación psicomotriz. La bibliografía nos indica que el personal se siente más cómodo utilizando métodos no invasivos de intervención.

Factores protectores y desencadenantes

La presión asistencial en ese momento, si hay la presencia de más usuarios, la estructura de la propia unidad, las normativas y la ratio de personal son los principales factores contextuales.

Si en el equipo asistencial está cohesionado, existe vínculo terapéutico con el paciente y si éste es de calidad son factores protectores.

El estado psicopatológico o el diagnóstico del paciente son factores desencadenantes.

El género del profesional pueden influir en el uso de las medidas coercitivas, ya que los profesionales de enfermería de género femenino no tienden a involucrarse tanto en estos métodos en comparación con los de género masculino.

En cuanto a la experiencia clínica existe una doble lectura: el personal más experimentado tiene más herramientas para manejar una agitación psicomotriz sin la necesidad de medidas restrictivas, pero el intentar modificar su práctica clínica también se antoja más complicado.

Consecuencias del proceso de contención en el profesional

Los entrevistados coinciden que cuando una agitación psicomotriz se resuelve sin la necesidad de medidas coercitivas la sensación

es de satisfacción; y en que de no ser así se siente angustia y es vivido como un fracaso, generando frustración y culpa. Los entrevistados manejan toda esta carga emocional negativa mayoritariamente comentándolo con el equipo.

Conclusión

La agitación psicomotriz y su abordaje es un fenómeno que no deja indiferente al profesional. En este se movilizan todo tipo de emociones que se manejan de manera informal comentándolos con los compañeros. La implicación para la práctica será poner de manifiesto el cómo afecta la agitación psicomotriz a enfermeros/as y el cómo es de necesario el poder generar espacios donde la Salud Mental del equipo y las conexiones sean el eje principal.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cocho, C; Nocete, L; López, I; Carballeira, L y Fernández, A (2018). Experiencia y actitudes de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas: revisión bibliográfica de estudios cualitativos. *Asociación española de neuropsiquiatría*, 38(134), 419-449.
- Dahan, S; Levi, G; Behrbalk, P; Bronstein, I; Hirschmann, S & Lev-Ran, S (2017). The Impact of 'Being There': Psychiatric Staff Attitudes on the Use of Restraint. *Psychiatric Quarterly*.
- Keser, N; Bilgin, H; Akin, M & Elçin, N (2015). Nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2881-2889.
- Kinner, S; Harvey, C; Hamilton, B; Brophy, L; Roper, C; McSherry, B & Young, J (2016). Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings: findings from a large, community based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(5), 535-544.
- Kodal, J; Norgaard J & Roj, E (2018). Mechanical restraint and characteristics of patient, staff and shifts in a psychiatric ward. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(2), 103-108.
- Korkeila, H; Koivisto, A; Paavilainen, E & Kylmä, J (2016). Psychiatric Nurses' Emotional and Ethical Experiences Regarding Seclusion and Restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 3(37), 464-475.
- Raboch, J; Kalisová, L; Nawka, A; Kitzlerová, E; Onchev, G; Karastergiou, A; Magliano, L; Dembinskas, A; Kiejna, A; Torres, F; Kjellin, L; Priebe, S; Kallert, T. (2010). Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatric Services*, 61(10), 1012-1017.
- Riahi, S; Thomson, G; Duxbury, J (2016). An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 116-118.
- Mahmoud, AS. (2017). Psychiatric Nurses' Attitude and Practice toward Physical Restraint. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 2-7.
- Staniulienė, V; Chambers, M; Kantaris, X; Kontio, R; Kuosmanen, L; Scott, A; Rebelo B, Maria A; Zanotti, R; Välimäki, M (2013). The feelings and thoughts of mental health nurses concerning the management of distressed and disturbed in-patients: A comparative qualitative European study. *Open Journal of Nursing*, 3, 426-436.

AUTORES/AUTHORS:

Eva de Mingo Fernández, Guillermina Medina Martin, Silvia Sanchez Tena, Maria Jimenez Herrera

TÍTULO/TITLE:

Presencia Familiar en Procedimientos Invasivos y Reanimación. Opinión del personal sanitario del CSG.

Objetivo: Conocer las actitudes y experiencias del personal de enfermería y medicina frente a la Presencia Familiar durante la Reanimación Cardiopulmonar y Procedimientos Invasivos (PFDI) en el Consorci Sanitari del Garraf (CSG), Barcelona.

Método: Estudio transversal descriptivo. Para la recogida de información se utilizaron tres cuestionarios, dos de ellos están traducidos transculturalmente, midiendo las percepciones, opiniones y autoconfianza del personal de enfermería y medicina sobre la Presencia Familiar durante Procedimientos Invasivos y Reanimación Cardiopulmonar (PFDI). El tercer cuestionario recoge datos sociodemográficos. Las diferentes encuestas, según el tema de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) o Invasivas, fueron distribuidas desde septiembre de 2018 hasta abril de 2019. Los datos se trataron estadísticamente.

Resultados: La PFDI se percibe por parte del equipo sanitario como un derecho del paciente en un 53.3%, mientras que el derecho del familiar queda relegado a un 40%. Se considera en un 50% que la PFDI debería formar parte del cuidado del paciente. Las enfermeras (58,2%) admiten más la PFDI que los médicos (32,8%). La PFDI es inversamente proporcional al grado de invasividad del procedimiento, tanto en deseo percibido de los sanitarios de estar presente de los familiares como de actuación del profesional sanitario, que se condicionaría más a mayor invasividad de la técnica, aunque la confianza de éstos tanto en procedimientos técnicos como en comunicación con familiares y equipo, no implicaría mayor esfuerzo en el procedimiento invasivo, independientemente de si hay familiares presentes o no.

Discusión: La PFDI presenta barreras como temor a denuncias e interferencias por parte de la familia y beneficios como satisfacer las necesidades emocionales y espirituales de familiares y pacientes, permitiendo la rápida toma de decisiones y otorgando un cuidado holístico, aspectos que coinciden en la literatura revisada tanto nacional como internacionalmente. El personal sanitario tiene seguridad en conocimientos y conducta para poder admitir familiares en PI y generar un clima de comunicación y confianza, considerando la PFDI un derecho del paciente.

Implicaciones para la práctica clínica: La PFDI implica un plus en la calidad de servicio al paciente, permitiendo una atención holística del mismo y una mayor satisfacción de los usuarios. Al incorporar a la familia al cuidado del paciente, ayudamos a la toma rápida de decisiones importantes, posibilitando el conocimiento sobre técnicas sanitarias y dando un soporte emocional en todo su proceso.

Esta práctica respetaría los principios de la bioética, empoderando al paciente y a su familia en el proceso de salud-enfermedad y posibilitaría un cambio de óptica de la sociedad en la comprensión y cuidado de los procedimientos sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.-Twibell RS, Siela D, Riwtis C, Wheatley J, Riegle T, Bousman D, et al. Nurses' perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation. American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses. 2008;17(2):101-11; quiz 12.

- 2.- Silva Dall'Orso M, Jara Concha P. Presencia Familiar durante la reanimación cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares. *Cienc y enfermería*. 2012;18(3):83–99.
- 3.- Porter JE, Cooper SJ, Sellick K. Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *Int Emerg Nurs* 2014.Apr;22(2):69–74.
- 4.- Toronto CE, LaRocco SA. Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *J Clin Nurs*.2019;28(1–2):32–46.
- 5.- Porter J, Cooper SJ, Sellick K. Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): a quantitative literature review. *International emergency nursing*. 2013;21(1):26-34.
- 6.- Batista MJ, Vasconcelos P, Rui M, et al. Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Rev. Enf. Ref*. 2017 Jun; serIV(13): 83-92.
- 7.- Johnson C. A literature review examining the barriers to the implementation of family witnessed resuscitation in the Emergency Department. *Int Emerg Nurs*. 2017;30:31–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2016.11.001>
- 8.- Giles T, de Lacey S, Muir-Cochrane E. How do clinicians practise the principles of beneficence when deciding to allow or deny family presence during resuscitation? *J Clin Nurs*. 2018;27(5–6): e1214–24.
- 9.- Vaz J, Alves R, Ramos V. Vantagens da presença da família numa reanimação ped. *Enfermería Glob*. 2016;15(41):375–86.
- 10.- 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*. 2017;28(4):144–59
- 11.- Axelsson ÅB, Zettergren M, Axelsson C. Good and Bad Experiences of Family Presence During Acute Care and Resuscitation. What Makes the Difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2005;4(2):161-9.
- 12.- Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *The New England journal of medicine*. 2013;368(11):1008-18

AUTORES/AUTHORS:

M^{ra} MONTSERRAT PILAS PÉREZ, DAVID LORA PABLOS, ÓSCAR TOLDOS GONZÁLEZ, ANA MARIA MUÑOZ LUCAS TORRES, MARÍA DULCE UGALDE DIEZ, FRANCISCO JAVIER SALAMANCA SANTAMARÍA

TÍTULO/TITLE:

CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DE SUPERVIVENCIA.

Justificación: el cáncer colorrectal (CC) es el cáncer más frecuentemente diagnosticado en la población española (15% del total – 34.331 casos detectados en el año 2017). En hombres, el cáncer colorrectal es el segundo más frecuentemente diagnosticado después del cáncer de próstata y en mujeres también es el segundo más frecuente después del cáncer de mama. Según datos del Registro de Tumores de la Comunidad de Madrid, en ese mismo año se registraron más de 4.000 casos incidentes en nuestra comunidad. Con respecto a la mortalidad, el cáncer colorrectal supone la segunda causa de muerte por cáncer, responsable de más de 16.000 defunciones en 2017.

Objetivos: describir la información y estimar la supervivencia de los pacientes con cáncer colorrectal entre los años 1999 y 2018 recogidos en el registro de tumores de un hospital de tercer nivel de Madrid.

Metodología: la fuente de información utilizada fue el Registro de Tumores del Hospital (RTH). Se seleccionaron todos los tumores colorrectales malignos con código de comportamiento CIE-0: 2, 3 o 6 que fueron diagnosticados y/o tratados desde el 1 de enero de 1999 hasta el 31 de diciembre de 2018. Se describió la información a través de la frecuencia absoluta y relativa, o media y desviación estándar según naturaleza de la información. El seguimiento de los pacientes fue calculado entre la fecha de diagnóstico y la fecha de último contacto (fallecimiento o última visita). La fecha de fallecimiento fue obtenida y cotejada en el Índice Nacional de Defunciones y la fecha del último contacto fue la registrada durante cualquier atención hospitalaria a los pacientes con posterioridad a la fecha de diagnóstico. Se estimó la mediana de seguimiento empleando todos los sujetos. La supervivencia observada fue calculada mediante el método de Kaplan-Meier. La supervivencia relativa fue estimada empleando el método de Ederer II. Todos los cálculos de supervivencia fueron realizados para 1, 3 y 5 años desde el diagnóstico y fueron acompañados con el intervalo de confianza al 95%. Para el análisis de supervivencia se han considerado solo los pacientes diagnosticados entre el año 2000 y 2013 para poder obtener 5 años de seguimiento. Se realizaron análisis por subgrupos en función de edad, sexo, extensión del tumor y cohortes de años de diagnóstico (2000-2006 vs 2007-2013).

Resultados: el total de CC registrados en este periodo fue de 8.564 (13,1% del total de tumores del hospital). Existe un mayor porcentaje de hombres (60%). La media de edad al diagnóstico fue discretamente mayor en las mujeres, 70 +- 13 años en mujeres vs 69 +- 12 años en hombres. El diagnóstico fue citohistológico en el 98,7 % de los casos. El 92,5% son adenocarcinomas. El tumor se diagnosticó en un estadio "in situ" en el 17% de los casos, localizado en colon en el 39%, con afectación de ganglios regionales en el 26% y diseminado a otros órganos en el 18% de los casos. La supervivencia relativa al quinto año del seguimiento es del 66,7% Intervalo de Confianza (IC) 95%: (65,0-68,3). En los pacientes cuyo tumor estaba localizado al diagnóstico la supervivencia relativa a los 5 años fue del 84,3% (IC 95%: 81,7-86,8) y con afectación de ganglios regionales del 56,5% (IC 95%: 53,1-59,9) mientras que en los pacientes con el tumor diseminado fue del 8,5% (IC 95%: 6,6-10,7), p-valor<0,01). Los pacientes diagnosticados entre 2000-2006 presentan una supervivencia relativa a 5 años del 59,1 % (IC 95%: 56,4-61,7) frente a los diagnosticados entre 2007-2013 cuya supervivencia relativa a 5 años es del 71,4 % (IC 95%: 69,3-73,5), p-valor<0.01.

Conclusiones:

1. En nuestro hospital, los tumores colorrectales suponen el 13% del total de tumores diagnosticados entre los años 1999 y 2018.
2. Se diagnostica el tumor "in situ" o localizado en el órgano en casi 6 de cada 10 casos.
3. Analizando la supervivencia según cohortes de años (2000-2006) vs (2007-2013) en nuestro hospital, observamos que se produce una mejora significativa de supervivencia en el segundo periodo.

Discusión: a pesar de que los resultados de supervivencia en nuestro hospital son muy buenos, hay que ser muy cautos a la hora de su interpretación. En primer lugar somos un RTH, no poblacional. En segundo lugar somos un hospital de tercer nivel, de referencia nacional y regional en el que se realizan muchos ensayos clínicos. Todo esto puede constituir un sesgo, en la buena supervivencia de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Fritz A, Percy C, Jack A, et al. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, 3a edición, 2003 Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud.
2. International Agency for Research on Cancer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (consultado 24 mayo 2019) disponibles en: <http://gco.iarc.fr/>
3. Stewart A, Hurlbut A, Havener LA, Michaud F, Capron S, Ries L, et al. North American Association of Central Cancer Registries NAACCR 2006 Implementation Guidelines and Recommendations. (consultado 24 mayo 2019). Disponible en: <http://www.naacr.org/>.
4. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). (Consultado 24 mayo 2019) disponible en: <http://redcan.org/es/>
5. Oficina Regional de Coordinación Oncológica MEMORIA DEL REGISTRO DE TUMORES DE MADRID Año 2017. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria Consejería de Sanidad. (Consultado 24 mayo 2019). Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/gest/me_rtmad_2017.pdf.
6. Cabanes Domenech A, Pérez-Gómez B, Aragonés N, Pollán M, López-Abente G. La situación del cáncer en España, 1975-2006. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2009.
7. Ederer F, Axtell LM, Cutler SJ. The relative survival rate: a statistical methodology. Natl Cancer Inst Monogr. 1961; 6:101-21.
8. Instituto Nacional de Estadística (INE) Disponible en: <https://www.ine.es>

AUTORES/AUTHORS:

JUAN CARLOS HUEDO ERÁNS, ROSA MARÍA OLMEDILLA ESCRIBANO, CRISTINA DE LA PLAZA SÁNCHEZ, CRISTINA MARÍA LOZANO HERNÁNDEZ

TÍTULO/TITLE:

Estudio de caídas en pacientes en tratamiento con terapia renal sustitutiva con hemodiálisis.

Objetivo:

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre el riesgo a caerse y haber sufrido caídas en el último año en pacientes en tratamiento con terapia renal sustitutiva con hemodiálisis, así como describir las características y factores asociados con el riesgo a caerse.

Metodología:

Para ello se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal en dos centros especializados en hemodiálisis pertenecientes al Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Se incluyeron pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis, que habían aceptado participar en el estudio y que habían firmado el consentimiento informado y se excluyeron los pacientes desplazados procedentes de otros centros de tratamiento.

La recogida de datos se realizó a través de una entrevista que pasaron los profesionales de enfermería en el centro especializado durante los meses de enero a diciembre de 2017. La variable resultado fue caídas en el último año (Si/No). Como variable independiente principal se utilizó la escala de J.H. Downton (medicamentos, déficit sensorial, estado mental y marcha) y se recogieron además la edad y sexo como variables sociodemográficas, haber tenido caídas anteriores al último año (Si/No), vive solo (Si/No), ser portador de prótesis de miembros inferiores, uso de silla de ruedas (Si/No) y uso de otros dispositivos de ayuda a la marcha (Si/No). Se realizó un análisis descriptivo y bivariado a través del programa estadístico SPSSv26.

Resultados:

De los 60 pacientes que se incluyeron en el estudio, la edad media fue de 70,6(DS 1,7), el 20% fueron mujeres, el 22% vivía solo, eran portadores de prótesis de miembros inferiores el 7%, utilizaban silla de ruedas el 8,3% y otros dispositivos de ayuda el 22%. Obtuvieron un riesgo bajo en la escala Downton el 48.3%, un riesgo medio el 16,7% y un riesgo alto el 35%. Habían sufrido caídas previas el 15% de los participantes. De los que habían presentado caídas previas el 60% fueron usuarios de silla de ruedas y el 33,3% presentó un riesgo alto en la escala Downton, ofreciendo diferencias estadísticamente significativas para ambas características ($p<0,01$).

Los pacientes con alto riesgo de caídas en la escala Downton tuvieron una edad media de 74(11.8). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre vivir solo o no vivir solo (77% vs 23%), ser usuario de dispositivos de ayuda o no ser usuario (69,2% vs 30,8%) y haber sufrido caídas previas o no haberlas sufrido (22,2% vs 77,8%), en relación con presentar alto riesgo de caídas ($p<0,00$).

Discusión:

Entre los pacientes en tratamiento con terapia renal sustitutiva con hemodiálisis y que presentaban una edad media de 70 años, el número que sufrió caídas en el último año fue bajo y mantuvo relación con haber obtenido un alto riesgo de caídas en la escala Downton y con ser usuario de silla de ruedas. El alto riesgo de sufrir caídas en la escala Downton se asoció a vivir sólo, ser usuario de dispositivos de ayuda distinto de silla de ruedas y haber sufrido caídas previas. Esto concuerda con los hallazgos de otros autores que encontraron que tener mayor dificultad en la movilidad y el uso de dispositivos se asocian con las caídas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Registro de la Sociedad Española de Nefrología. [Consultado el 15/04/16]. Disponible en: http://www.senefro.org/contents/webstructure/REER_Cong_SEN_2015.pdf
2. Górriz Teruel JL, Otero González A. Impacto socio sanitario de la enfermedad renal crónica avanza-da. Nefrología. 2008; Supl 3: 7-15.
3. Álvarez de Lara MA, Aljama García P. Complica-ciones de la hemodiálisis crónica. En: Hernando Avendaño L, Aljama P, Arias M, Caramelo C, Egi-do J, Lamas S. Nefrología clínica. Madrid: Pana-mericana, 2009: 922-24.
4. Ganz D, Higashi T, Rubenstein LZ: Monitoring falls in cohort studies of community dwelling older people: Effect of recall interval. J Am Geriatr Soc 53: 2190-2194, 2005
5. Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. J Am Geriatr Soc 49: 664-672, 2001
6. Da Silva Gama Z, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos. Saúde Pública. 2008; 42 (5):946-56.
7. Portilla Franco ME, et al. La fragilidad en el anciano con enfermedad renal crónica. Nefro-logía. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ne-fro.2016.03.020>.
8. López-Soto PJ, De Giorgi A, Senno E, Ferraresi A. Renal disease and accidental falls: a review of published evidence. BMC Nephrology; 2015; 16:176; doi 10.1186/s12882-015-0173-7.
9. Kutner NG, Zhang R, Huang, Wasse. H. Falls among hemodialysis patients: potential oppor-tunities for prevention?. Clin Kidney J; 2014; 7: 257-63; doi: 10.1093/ckj/sfu034.
10. Cook WL, Tomlinson G, Donaldson M et al. Falls and Fall-Related Injuries in Older Dialysis Pa-tients. J Am Soc Nephrol; 2006; 17:1197-204. Ray WA, Taylor JA, Brown AK, Gideon P, Hall K, Arbo- gast P, Meredith S: Prevention of fall-related injuries in long-term care: A randomized controlled trial of staff education. Arch Intern Med 165: 2293-2298, 2005
11. Culleton B: Hemodialysis clinical practice guidelines for the Canadian Society of Nephrology. J Am Soc Nephrol 17[Suppl]: S1-S27, 2006

AUTORES/AUTHORS:

Sílvia Casas Tió, Laura Fàbregas Canas, Bàrbara Juvany Rubio, Sandra Criach Navarro, Núria Vivet Prat, Marife Platas Maceiras, Lohitzune Ortiz De Lejarazu Marquinez, Alicia Minaya Freire, Mireia Subirana Casacuberta

TÍTULO/TITLE:

CUIDADOS ENFERMEROS PARA PREVENIR EL DETERIORO FUNCIONAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO AGUDO INCLUIDO EN EL PROGRAMA ACTIVA'T

OBJETIVOS: Describir el perfil de los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de agudos (UGA+) incluidos en el programa ACTIVA'T (Actividad Continua en el Tiempo y Valor Añadido para Todos) y los cuidados enfermeros que se llevan a cabo para promover la funcionalidad y la autonomía de la personal.

METODOLOGIA: Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes ingresados en la UGA+ de un Hospital Universitario de la provincia de Barcelona e incluidos en el programa ACTIVA'T y de las intervenciones enfermeras definidas en el programa.

Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron entre julio de 2017 y junio de 2018 y que cumplían los criterios de inclusión de la UGA+ (edad ≥ 85 años y/o con demencia y/o institucionalizados y/o frágiles).

Se recogieron las variables sexo, edad, motivo de ingreso, IB, grupo ACTIVA'T, intervenciones y actividades enfermeras NIC. Se realizó un análisis descriptivo y para la comparación de las variables el Chi-Cuadrado o la T-Student en función de las variables.

El programa ACTIVA'T se inicia con la valoración del estado funcional del paciente (mediante el índice de Barthel (IB) del mes previo al ingreso) durante las primeras 24 horas de estancia en el hospital. En base al resultado de IB y teniendo en cuenta, el motivo de ingreso y la valoración de las necesidades, los pacientes son clasificados en 4 grupos: G1 (IB: 75-100) pacientes independientes con mínimo deterioro funcional, G2 (IB: 75-100) pacientes independientes con mayor riesgo de pérdida funcional durante el ingreso, G3 (IB: 30-70) pacientes con funcionalidad basal limitada con alto riesgo de deterioro funcional y G4 (IB: <25) pacientes con gran dependencia basal. Una vez clasificados, se planifican las intervenciones enfermeras en el plan de cuidados del paciente en base a las necesidades detectadas.

RESULTADOS: Se incluyeron 561 pacientes con una media de edad $87,5 \pm 4,8$ años, 327(58%) eran mujeres y presentaron una media de IB de $63,4 \pm 28,5$. La estancia media fue de $5,6 \pm 3,2$ días e ingresaron por patología infecciosa 232 (41,4%) pacientes y por fracturas 140(25%). Según el programa ACTIVA'T los pacientes fueron clasificados en los cuatro grupos según el IB con la siguiente distribución: G1[185(33,0%) pacientes; IB: $87,3 \pm 13$], G2[99(17,6%) pacientes; IB: $81,7 \pm 16$], G3[201(35,8%) pacientes; IB: $50,6 \pm 14,7$], G4[76(13,5%) pacientes; IB: $15,5 \pm 10,2$]. Los pacientes del G2 tenían una estancia media superior ($p < 0,001$) y presentaban menos patología de origen infeccioso ($p < 0,02$) que los pacientes de los otros grupos. Las intervenciones NIC planificadas fueron: Ayuda con el autocuidado (NIC1800), Ayuda con el autocuidado: Baño/ Higiene (NIC1801), Ayuda con el autocuidado Micción/defecación (NIC1804), Ayuda con el autocuidado: transferencia (NIC1806), Ayuda con el autocuidado: alimentación (NIC1803), Estimulación cognoscitiva (NIC4720), Cuidados del paciente encamado (NIC0740), Terapia de ejercicios: Movilidad articular (NIC0224)

DISCUSIÓN: Las personas mayores hospitalizadas tienen un alto riesgo de desarrollar discapacidad nosocomial relacionadas con la inmovilidad y la permanencia en la cama (1–3).

La inmovilidad tiene consecuencias a nivel cardiovascular, aumentan la aparición de problemas respiratorios, estreñimiento, úlceras por presión, insomnio, caídas, problemas urinarios o delirium. Estas complicaciones pueden incrementar la estancia hospitalaria y el riesgo de institucionalización y de mortalidad.

Podemos afirmar que el deterioro funcional tiene una repercusión muy importante en la calidad de vida de las personas y en su entorno, ya que conlleva aumento de necesidades, discapacidad y dependencia a la vez que, empeora el pronóstico. La promoción de la autonomía y la funcionalidad son pilares claves en las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) (4,5).

El programa ACTIVA'T nace con el objetivo de promover la autonomía, la funcionalidad y el autocuidado de las personas minimizando la discapacidad inducida por la hospitalización y, favoreciendo el retorno de las personas a su domicilio. Además, apuesta por la implicación del paciente y los cuidadores en todo el proceso.

Según los resultados de nuestro estudio, el programa ACTIVA'T permite identificar mediante la valoración de la funcionalidad las necesidades de la persona y planificar las intervenciones enfermeras ajustadas a dichas necesidades. Asimismo, propicia la atención centrada en el paciente. Puede contribuir en la prevención del deterioro funcional relacionado con la hospitalización y la aparición de efectos adversos relacionados con la inmovilidad y en la promoción de la autonomía y el autocuidado de las personas. Para futuros estudios, sería conveniente valorar y registrar el IB al alta para poder evaluar el impacto del programa.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA: El uso del programa ACTIVA'T basado en la valoración de la funcionalidad de los pacientes ayuda a individualizar los cuidados y, fomentar la autonomía y la funcionalidad. Además, facilita la toma de decisiones de las enfermeras y permite centrar sus esfuerzos en aquellas intervenciones que aportan valor.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Oliver D. David Oliver: Fighting pyjama paralysis in hospital wards. *BMJ*. 2017 May;357:2096.
2. Serra J, Sánchez P, Salvà A, Sáez E, Ruiz D, Pardo C, et al. Prevenció de complicacions associades a l' hospitalització de la gent [Internet]. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. 2015. p. 77. Available from: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/ambit_sociosanitari/documents/Prevencio-complicacions-hospitalitzacio.pdf
3. Rojano i Luque X, Sánchez Ferrin P, Salvà A. Complicaciones de la hospitalización en personas mayores. *Med Clin (Barc)*. 2016 Jun 17;146(12):550–4.
4. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: Meta-analysis. *BMJ*. 2009 Feb 7;338(7690):334–6.
5. Córcoles-Jiménez MP, Ruiz-García MV, Saiz-Vinuesa MD, Muñoz-Mansilla E, Herreros-Sáez L, Fernández-Pallarés P, et al. Deterioro funcional asociado a la hospitalización en pacientes mayores de 65 años. *Enferm Clin*. 2016;26(2):121–8.

AUTORES/AUTHORS:

NURIA DE ARGILA FERNANDEZ-DURAN, PILAR AVILES MAROTO, LUIS RAMIREZ REAL, ESPERANZA FERNANDEZ RODRIGUEZ, CLAUDIA MORAN DEL POZO, LUCIA SERRANO MOLINA, YOLANDA MARTINEZ CERVANTES

TÍTULO/TITLE:

Hacia la excelencia en el cuidado del paciente geriátrico en domicilio: utilidad de la Valoración Geriátrica Integral.

OBJETIVO

Detectar el estado de salud y los riesgos potenciales de los pacientes geriátricos en domicilio.
Identificar las necesidades de cuidados.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Se utiliza la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en sus cuatro esferas: exploratoria, funcional, mental/cognitiva/afectiva y social a los pacientes geriátricos atendidos en el domicilio entre enero 2018 y abril 2019 por dos enfermeras de Atención Geriátrica a Domicilio (AGD) en un hospital de la red pública.
Las variables demográficas que se recogen son edad y sexo. Las herramientas de cribado en la esfera exploratoria son: la escala de Norton, las lesiones relacionadas a la dependencia (LRD), la adherencia al tratamiento y la valoración del dolor según la Escala Visual Analógica (EVA).
En la esfera funcional como proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad de la persona mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra, se utiliza el índice de Barthel, la Incapacidad Física Cruz Roja, el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) y el Mini Nutritional Assessment (MNA).
En la esfera mental/cognitiva/afectiva es importante atender tanto de la esfera cognitiva, como afectiva y tener en cuenta las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas; para ello se utiliza la Incapacidad Mental Cruz Roja, el test de Barber y la Escala de Downton.
En la esfera social una valoración que aporte los aspectos sociales, económicos y culturales, individuales y del entorno familiar y social como determinantes de salud, en el contexto sanitario conlleva además el estudio de los aspectos psicosociales inherentes al problema de salud y el de un elemento fundamental para la elaboración de un diagnóstico social acertado: el contexto relacional de la persona; para ello se recogen las barreras físicas, los tipos de cuidadores y la sobrecarga según la escala de Zarit.
Se registra la educación sanitaria (ES) realizada.
La recogida de datos se realiza en un formulario electrónico creado ad hoc en google-drive, que cumplimentan las enfermeras tras la visita de cada paciente en el domicilio.

RESULTADOS

Se evaluaron 324 pacientes (213 mujeres y 111 hombres), de los cuales un 52% con edad entre 80-89 años, un 43,2% entre 90-99 años. Hubo 196 ingresos nuevos y 128 revisiones. Altas 213. Reingresos 26. La estancia media fue de 41 días. El 55,1% no padecen LRD y un 61,1% presentan riesgo alto/muy alto de presentar este tipo de lesiones; un 34,2% tienen LRD con úlceras mixtas entre las categorías I y II. Un 87% son cumplidores en el tratamiento.
El 62,1% es dependiente total. El 83,5% están incapacitados para Actividades Básicas de la Vida Diaria. El 60% tiene controlado el dolor. Un 53,6% de los pacientes tienen disfagia. El 7,8% presenta desnutrición y un 10,7%, está en riesgo de presentarlo.
El 71,5% tienen alteraciones cognitivas. El 95,6% riesgo de caídas. El 100% de los pacientes atendidos, son ancianos de riesgo.
El 46,3% vive en domicilio con barreras, el 93,6% tiene como cuidador un familiar. El 61% de los cuidadores tiene sobrecarga.
Se realiza ES al 58,9%, sobre espesantes y alimentación y al 32% en correcta ingesta de líquidos. Al 49,3% adherencia al

tratamiento; al 45,3% actividad física y evitación de caídas.

DISCUSIÓN

La edad, las LRD, el riesgo de caídas, la pérdida de funcionalidad y cognitiva, la limitada actividad física, la desnutrición, la incorrecta medicación y la adversidad social, son condicionantes de eventos adversos y deterioro en estos pacientes.

El uso de la VGI por la enfermera conlleva a centrar los cuidados en la prevención de LRD, en el cumplimiento de la medicación, en el dolor, en la prevención de caídas y en los pacientes con disfagia ya que la mayoría se mantienen nutridos.

Implicación en la práctica clínica: la recogida de datos por este método, ha permitido conocer con rigor, el perfil del paciente que se atiende en domicilio y cuantificar los cuidados más demandados y, por otro lado, advertir aquellos a reforzar como la ES en la actividad física para la prevención de caídas, y gestionar la sobrecarga de los cuidadores para evitar la claudicación. Proponemos incorporar la Escala de depresión Yesavage a estos pacientes para integrar los cuidados.

La utilidad de la VGI aplicada por una enfermera entrenada, como parte del equipo interdisciplinar y como gestora directa de los cuidados reduce estancias hospitalarias, mejora la funcionalidad y el estado cognitivo, optimiza el uso de servicios sanitarios y medicación, alarga la permanencia en la comunidad y reduce la mortalidad como ya muestran muchos estudios.

No existe ningún conflicto de interés, relacionado con este estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Fernández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. Revista Gerokomos vol.24 no.1 Barcelona (Mar 2013)

Martín-Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Molina Olivas M, Abizanda Soler P. Persona mayor frágil: detección y manejo en atención primaria. Fistera. Elsevier. 2014.

Grinspun D. Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales. Tercera edición. Guías de buenas prácticas. RNAO. 2016.

IMartín-Lesendea I, Rodríguez-Andrés C. Utilidad del cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o más con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. Revista Española Geriatria y Gerontología. 2005;40(6): 335-44

Ribera JM. Investigación en el envejecimiento hoy: principales retos de salud. Perspectivas desde la geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001;36 Supl 3:7-12.

Palomo L, Gervás J. Mortalidad a los 2 años en pacientes crónicos confinados en su domicilio. Atención Primaria. 2000;25:176-80.

Fernández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. Gerokomos vol.24 no.1 Barcelona mar. 2013

AUTORES/AUTHORS:

Xosé Manuel Meijome Sánchez, Sara Fernández García, Lucía Domínguez Blanco, Sara Carnicero Villazala, María Encina Blanco Arias, Guadalupe Marcos Peñaranda, Ana Mateo Manceñido, María Gonzalez Gallego

TÍTULO/TITLE:

TÍTULO: Búho u Alondra ¿cómo son los ritmos circadianos de nuestros mayores?

La cronobiología estudia los ritmos circadianos y su efecto sobre la salud (1). Si se sufre cronodisrupción prolongada puede tener consecuencias físicas y mentales sobre la persona y en los mayores incrementar problemas previos llevándolas al estado de fragilidad.

OBJETIVO: Evaluar el sistema circadiano de los pacientes voluntarios con edades entre 65 y 80 años

MÉTODO: Estudio observacional descriptivo derivado del estudio MODULEN(2). Previa autorización del comité de ética y con consentimiento informado por cada sujeto se monitoriza temperatura periférica corporal, actividad motora y luz percibida (blanca y azul) con el sensor KRONOWISE® 2.0. Los informes obtenidos valoran 4 aspectos clave respecto a Luz, Actividad y Sueño, se cuantifica la media de las horas de exposición a la luz (artificial y natural), las de sueño y las de actividad física en 4 intensidades. En virtud de los datos se determina la edad cronobiológica de los sujetos. Las variables cualitativas se representan en frecuencias y porcentajes, las cuantitativas con medias y desviaciones estándar, para análisis bivariante se emplea T de Student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas y chi-cuadrado o test de Fisher para cualitativas.

RESULTADOS:

Se han obtenido 110 registros válidos de pacientes voluntarios; con una edad media 72,3±4,79, 51% mujeres, un 52% eran parejas, el IMC medio fue 27,67±3,5 y un 46,8% tenían nivel de estudios primarios.

La media de la muestra cumplía 6 de las 12 recomendaciones; 2 de 4 recomendaciones sobre la luz, 3 de 4 recomendaciones sobre actividad física y 1 de 4 recomendaciones sobre el sueño; la recomendación más cumplida sobre luz fue "Duerme habitualmente en oscuridad total" (88,2%), sobre actividad "Su actividad física más intensa se produce entre las 8 y las 20 horas" (94,55%) y sobre sueño "Su sueño se produce entre las 22 y las 10 horas" (65%).

En un 76,1% de los casos la diferencia entre la edad cronobiológica y la real no fue significativa, en un 10,1% la edad cronobiológica era significativamente menor que la real y en un 6,5% la edad cronobiológica era significativamente superior a la edad real.

La diferencia entre edad cronobiológica y edad real se relaciona de forma positiva con el número de recomendaciones cumplidas con significación estadística ($p=0,0024$).

La actividad física moderada medida fue de $X=1H 1'±45'$. Se observa una relación significativa entre la media de tiempo realizando "actividad física moderada" y el IMC ($p=0,01$) de forma particular desde el IMC 26 en adelante.

El tiempo de sueño medido fue de $X=8H8'±1H 14'$ demostrándose una relación significativa con el nivel de estudios ($p=0,013$) cuanto mayor es el nivel de estudios menor es el tiempo de sueño.

DISCUSIÓN/IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

Nuestra población mayor presenta una preocupante tendencia al sobrepeso/obesidad que se correlaciona con una escasa realización de actividad física moderada.

El menor cumplimiento de las recomendaciones relacionadas con el sueño parece señalar un nuevo campo de actuación en cuidados comunitarios en el que la monitorización de los patrones cronobiológicos con un dispositivo portátil como el KRONOWISE® 2.0 puede resultar de utilidad para detectar no sólo pacientes que presentan problemas debido a hábitos cronobiológicos inadecuados sino también patrones de deficiente actividad física.

El indicador sintético de "edad cronobiológica" puede servir de alerta preventiva ante situaciones de posible riesgo para el paciente relacionadas con su patrón de sueño-vigilia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Borbély AA. A two process model of sleep regulation. Hum Neurobiol. 1982;1(3):195-204.
2. Apostolo, J., Bobrowicz-Campos, E, Moreno-Casbas, T, Sánchez de Madariaga, R, Casado-Ramírez, E, Couto, F, et al. A STUDY PROTOCOL FOR DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A CLINICAL PREDICTION MODEL FOR FRAILTY (MODULEN): A NEW EUROPEAN COMMITMENT TO TACKLING FRAILTY. Translational Medicine [Internet]. 2019 [citado 5 de junio de 2019];19(6):36-41. Disponible en: <http://www.unisa.it/uploads/14684/06.pdf>

AUTORES/AUTHORS:

LAURA MARTIN LOSADA, ANA ISABEL PARRO MORENO, MONTSERRAT SOLIS MUÑOZ, MARTA SANCHEZ GARCIA, CAROLINA RUIZ GARCIA, MARIA BEATRIZ GOMEZ GARCIA, PILAR FERNANDEZ GUIJARRO, MARIA HUERTA RUIZ, MARIA ELENA CARRILLO ALCALA

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de Evacuación inducida en pacientes geriátricos hospitalizados con incontinencia urinaria.

Introducción: La incontinencia urinaria (IU) supone un problema de salud de gran magnitud, sobre todo en poblaciones envejecidas, por la alta prevalencia en este grupo de población¹⁻⁴. A menudo, la hospitalización por un proceso agudo disminuye la capacidad en el control urinario y se utilizan absorbentes de forma rutinaria. Si no se realiza ninguna intervención, esta situación de incontinencia puede ser permanente. En el Hospital Guadarrama, de la Comunidad de Madrid, el perfil de paciente es de edad avanzada y con alta prevalencia de incontinencia urinaria. Se trabaja en la línea de la excelencia en cuidados, realizando estrategias para la implantación de evidencia y la mejora de la atención y los resultados en salud. La mayoría de los pacientes ingresan, en media estancia, para realizar rehabilitación después de un proceso agudo. La terapia Evacuación Inducida (EI), es una terapia conductual, recomendada como tratamiento conservador de primera línea. Sus beneficios han sido demostrados en el ámbito comunitario y en residencias de ancianos, pero no se han encontrado estudios acerca de su eficacia durante la hospitalización. La mayoría de los estudios primarios sobre EI se remontan a los años 90¹⁻⁴, por lo que este estudio puede contribuir a mantener la actualizada la evidencia de esta terapia y aumentar las áreas donde se puede aplicar con éxito. **Objetivo:** Valorar la eficacia de la terapia Evacuación Inducida en la reversión del estado de Incontinencia Urinaria. **Método:** **Ámbito:** Unidad de Recuperación Funcional (URF) del Hospital Guadarrama, de Media Estancia de la Comunidad de Madrid. **Diseño:** Cuasiexperimental, pre/post-Intervención sin grupo control.

Sujetos/participantes: Tamaño muestral 212 pacientes de la URF con IU al ingreso. Muestreo por conveniencia, según el orden de llegada a la URF. **Criterios inclusión:** edad ≥ 65 años, IU ≤ 1 año evolución. **Criterios exclusión:** sondaje vesical, IU no reversible por patología, deterioro cognitivo (Pfeiffer >4), que no colaboren en la terapia EI, pacientes con restricción hídrica. **Variables resultado (ingreso/alta):** Principal: IU (sí/no). Secundarias: grado de incontinencia urinaria, volumen y frecuencia del escape. **Otras variables:** sociodemográficas y clínicas: motivo de ingreso, Índice Masa Corporal (IMC), fármacos riesgo IU (FR), Patologías de riesgo (PR), Tipo IU, tiempo de evolución de IU, nivel de dependencia, riesgo aparición lesiones cutáneas. **Instrumentos:** Valoración y alta enfermería (entrevista, observación, exploración, historia clínica, escala Barthel y Norton modificadas) **Procedimiento:** 1) Captación de sujetos y firma de consentimiento informado. 2) Valoración y diario miccional individual (3 días). 3) Aplicación de la terapia EI desde día 6 de ingreso hasta alta. 4) Recogida datos. **Análisis:** univariante: frecuencias y media (desviación estándar o DE).

Bivariante con contraste de hipótesis para muestras pareadas: test no paramétricos de McNemar, Snedecor & Cochran/Fisher, U Mann Withney. Intervalos de confianza 95%. Realizado con programa Stata versión 14. **Resultados:** Se estudiaron los 60 primeros pacientes de la muestra. Edad=83 (DE:9). Mujer=86,7%. Cuidador principal=73,3%. Motivo ingreso: Fractura fémur=41,7%; Deterioro funcional=40%; ICTUS=18,3%. IMC=25,3(DE:4). FR=83,3%. PR=76,7%. Estancia=36,5(DE:15) días. Tiempo Evolución IU=1(DE:3) meses. **Resultados Pre-Post intervención:** Univariante: IU: 100%-68,4%. Por tipo IU: mixta=55%-16,4%; funcional=30%-23,6%; urgencia=11,7%-18,2%; refleja=1,7%-1,7%; esfuerzo=1,7%-0. Grado: I=0-10,5%, II=1,7%-17,5%; III: 6,7%-14%; IV=91,7%-43,9%. Volumen escape: seco=0-40,4%; poco mojado=13,3%-10,4%; moderadamente mojado=45%-36,8%; muy mojado=41,7%-12,3%. Frecuencia escape=5(DE:1,4)-1(DE:1,4). Nivel dependencia (Barthel)=23(DE:15)-71,5(DE:22). Riesgo lesiones (Norton)=15(DE:1,6)-17(DE:1,7). Diferencias pre-post estadísticamente significativas ($p < 0,001$) excepto para la variable IU.

Bivariante: puntuaciones estadísticamente significativas ($p < 0,005$) en variables: Grado, frecuencia escape, Barthel, Norton respecto de la variable dependiente IU. **Discusión:** Los hallazgos preliminares obtenidos con una muestra pequeña de pacientes permite objetivar la eficacia de la terapia Evacuación Inducida en la reversión del estado de Incontinencia Urinaria en los pacientes

geriátricos hospitalizados. El 31,6% recuperan la continencia al alta. Los incontinentes disminuyen la frecuencia y cantidad del escape de orina. Con la muestra completa se podrá demostrar la significación estadística. Los resultados obtenidos están alineados con las aportaciones recogidas en las guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas que avalan la EI1-4. Implicaciones para la práctica: La incontinencia urinaria es un problema de alta prevalencia que puede revertir/mejorar con terapias conservadoras como la Evacuación Inducida. Una intervención temprana desde el hospital y su posterior refuerzo en atención primaria podría aumentar los resultados, incrementando la salud y la calidad de vida de los pacientes incontinentes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Newman DK. Prompted Voiding for Individuals With Urinary Incontinence. *J Gerontol Nurs.* 2019 Feb 1;45(2):14-26. doi: 10.3928/00989134-20190111-03.
2. RNAO. Guía de buenas prácticas en enfermería: Manejo de la incontinencia urinaria mediante evacuación inducida. 2011. [Internet] Disponible en: www.rnao.org/bestpractices
3. Eustice S, Roe B, Paterson J. Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2. Art. No.: CD002113. DOI: 10.1002/14651858.CD002113
4. Morilla JC., Iglesias J., Izquierdo JM., Martín MJ., Martín MC., Rodríguez C. et al. Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, 2007.

Sesión de Comunicaciones Orales Breves IX

Session of Oral Brief Presentations IX

AUTORES/AUTHORS:

Kenza Laroussy, Antoni Baena, Yolanda Castellano, Jordi Galimany, Mercè Margalef, Montse Puig, Esteve Fernández, Cristina Martínez, Grup de treball del projecte ECTEC

TÍTULO/TITLE:

Conocimientos, actitudes y formación en tabaquismo en estudiantes del Grado de Enfermería de Cataluña (Estudio ECTEC)

Introducción: Las enfermeras* son importantes agentes en salud pública, lo que incluye el control del tabaco[1,2,3]. Las estudiantes de enfermería constituyen el futuro de la fuerza laboral de dicha profesión, por lo que resulta relevante estudiar su formación y participación en el control del tabaco.

Objetivo: Analizar los conocimientos, actitudes y grado de formación recibida en tabaquismo en estudiantes del Grado de Enfermería.

Metodología: Estudio transversal multicéntrico dirigido a estudiantes de Enfermería matriculados en el 2015-16 en Cataluña. Se diseñó un cuestionario anónimo autoadministrado. El conocimiento sobre diversas áreas relativas al control del tabaco (epidemiología y riesgos) se evaluó a través de afirmaciones verdaderas o falsas. Las actitudes se exploraron a través de una escala de Likert de 5 puntos. La formación recibida en tabaquismo se valoró con una batería de preguntas (“sí” “no”). Las variables independientes exploradas fueron: sexo, curso y estado de fumador. Calculamos las frecuencias y porcentajes, y modelos de regresiones logísticas multinivel ajustando por las variables independientes para examinar factores asociados a los conocimientos y la formación.

Resultados: Un total de 4.381 estudiantes participaron. El 21,1% conocía el test de dependencia a la nicotina y menos de la mitad eran conocedoras de los tratamientos para dejar de fumar. El 63,1% de ellas consideraba que las enfermeras deben dar ejemplo y no fumar, y el 45,1% creía que las estudiantes deben ejercer el mismo comportamiento. Menos de la mitad afirmó haber recibido formación sobre las razones por las cuales las personas fuman, y un tercio sobre cesación tabáquica; las estudiantes de los últimos cursos presentaron mayor probabilidad de haber recibido estos contenidos (OR = 3,8; IC95%=3,4-4,4; OR = 7,8; IC95%=6,7-9,1, respectivamente).

Discusión/conclusiones: Las estudiantes de enfermería carecen de los conocimientos suficientes para evaluar y tratar la dependencia del tabaco y rara vez reciben formación durante el Grado de Enfermería. También mostraron una actitud pasiva respecto a su rol modélico. Es necesario incluir el abordaje del control de tabaco en los planes de estudio de Enfermería dado su impacto en la salud pública.

*El Consejo Internacional de enfermeras (CIE) utiliza el término “enfermera” en sentido genérico, incluyendo hombres y mujeres.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Tobacco Free Initiative. World Health Organization (WHO). The role of health professionals in tobacco control. Geneva: 2005. Disponible en: <https://www.who.int>
- 2) Sarna L, Bialous SA, Sinha K, Yang Q, Wewers ME. Are health care providers still smoking? Data from the 2003 and 2006/2007 Tobacco Use Supplement-Current Population Surveys. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2010;12:1167–71.
- 3) Duaso MJ, Bakhshi S, Mujika A, Purssell E, While A. Nurses' smoking habits and their professional smoking cessation practices. A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2017;67:3–11.

AUTORES/AUTHORS:

Elsa Pla Canalda, Estrella Martínez Segura, Cristina Martín Orue, Astrid Vidiella Piñol, Mireia Benedicto Galiana, Mar Lleixà Fortuño, María Francisca Jiménez Herrera

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la primera fase de un proyecto sobre simulación clínica para la mejora de las competencias enfermeras

La atención sanitaria es cada vez más compleja debido a la instrumentalización, tecnificación y masificación del entorno sanitario. A pesar de la alta capacitación de nuestros profesionales, a menudo la poca familiarización con ciertas técnicas, nuevos tratamientos y nuevos protocolos de actuación, puede incrementar el riesgo de incidentes y eventos adversos. La seguridad del paciente es una máxima de las instituciones sanitarias y para conseguir la excelencia en este campo la disminución de los riesgos de errores debe ser un objetivo principal. En este sentido, la simulación clínica es una herramienta muy valiosa que puede facilitar la adquisición y la mejora de estas competencias, los beneficios de la cual, la Enfermería puede disfrutar. Es por ello que el uso de la simulación debe ser clave en el entrenamiento de los equipos multidisciplinares para afrontar situaciones con seguridad y mejorar sus competencias.

Objetivo: Describir el nivel competencial según los 6 dominios competenciales del COM-VA © y nivel de ejecución de los alumnos del Grado de Enfermería matriculados en la asignatura de Prácticas Clínicas en las unidades de críticos al Campus Terres de l'Ebre (CTE) y de los Profesionales de nueva incorporación a l'Hospital Verge de la Cinta Tortosa (HTVC) con experiencia inferior a dos años. Metodología: Este proyecto se realizará en dos fases. En esta primera fase se realizó un estudio descriptivo transversal a los alumnos del Grado de Enfermería matriculados en la asignatura de Prácticas Clínicas en las unidades de críticos al CTE y a los profesionales de nueva incorporación del HTVC con menos de dos años de experiencia. El estudio se llevo a cabo entre Julio 2018 y Mayo 2019 y se determinó los datos sociodemográficos a través de un cuestionario ad hoc, y el nivel competencial y de ejecución de los participantes mediante el cuestionario COM-VA©.

Resultados: Se realizaron un total de 64 cuestionarios, de los cuales 41 correspondían a estudiantes y 23 a profesionales. La media del COM-VA© de los profesionales es de 7,7 y la de los estudiantes de 7,05. No hay ningún COM-VA© < 5. Se han observado diferencias significativas entre los profesionales y los estudiantes en relación al grado de seguridad ($p=0,001$). Existen diferencias significativas entre la evaluación del COM-VA© tutor/alumno ($P<0,001$), pero no entre el COM-VA© de las supervisoras/profesionales. Existen diferencias significativas entre el grado de seguridad de los alumnos que se sienten competentes y no suficientemente competentes ($P<0,036$) pero no entre los profesionales.

Discusión: en esta fase no se han observado diferencias significativas respecto al sexo y grupos de edad. Los estudiantes se sienten mas seguros en comparación a los profesionales de nueva incorporación probablemente debido al hecho de estar tutorizados durante las prácticas clínicas. Los estudiantes sobrevaloraron sus capacidades competenciales respecto a las valoraciones realizadas por los tutores así como también su grado de seguridad.

Por ello creemos que la simulación clínica además de mejorar las competencias de profesionales y estudiantes, les ayudará en la auto percepción de sus capacidades que se desarrollará en una segunda fase del estudio.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gonzalez J, Wagenaar R. Tuning educational structures in Europe. Final report. Phase one. Bilbao: University of Deusto; 2003.
2. Juve ME. Proyecto Com_Va. Definición y evaluación de competencias asistenciales de la enfermera en el ámbito hospitalario. En III Jornadas de la Sociedad Científica Española de Licenciados de Enfermería (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>
3. Jeffries PR. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. Nurs

Educ Perspect. 2005; 26(2):96-103.

4. Reial Decret no 1200/2017. Butlletí Oficial de l'Estat. Madrid. Espanya, 6 de Febrer de 2017.

5. Urra E, Sandoval S, Iribarren F. El desafío y futuro de la simulación como estrategia de enseñanza en enfermería. Investigación educ. médica [revista en la Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Sep 05]; 6(22): 119-125. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572017000200009&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.147>.

AUTORES/AUTHORS:

Pérez López Cristina, María Dolores López Franco, Inés María Comino Sanz, Pedro L. Pancorbo Hidalgo

TÍTULO/TITLE:

Conocimientos y actitudes sobre la prevención de lesiones por presión de estudiantes de Enfermería de Jaén

Introducción: Las lesiones por presión (LPP) son un grave problema de salud a nivel mundial. En España, el 5º Estudio Nacional de Prevalencia encontró una prevalencia del 7%, siendo un 72,2% nosocomiales. La prevención de estas lesiones es de gran importancia, por ello, se han realizado numerosos estudios para saber si los conocimientos y la actitud que tienen los profesionales de enfermería hacia la prevención son adecuados. Sin embargo, la literatura sobre los conocimientos y actitudes que poseen los estudiantes de enfermería son escasos.

Objetivos. Medir conocimientos y actitudes sobre prevención de lesiones por presión (LPP) en estudiantes de Enfermería. Identificar factores formativos que se asocian con conocimientos y actitudes.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en la Universidad de Jaén durante el curso 2018/2019 con estudiantes del Grado en Enfermería. Se utilizó un muestreo de conveniencia intentando acceder a todos.

Las variables e instrumentos del estudio fueron: sociodemográficas y formativas; conocimientos sobre prevención de LPP mediante Cuestionario de Conocimientos en prevención de LPP (CPUPP-31); actitudes hacia la prevención de LPP mediante la versión española del Attitude towards Pressure ulcer Prevention instrument (APuP). Ambos cuestionarios fueron validados en enfermeras españolas. Se administraron mediante un formulario on-line de acceso seguro. Los datos resultantes de la aplicación de los cuestionarios mediante análisis descriptivo fueron analizados con un análisis bivariante mediante test de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis.

Resultados. Un total de 228 estudiantes participaron, obteniendo 188 cuestionarios válidos, tras depurar datos. Características: edad media 22 años (DE=6), mujeres=82,4% y hombres 17,6%.

Puntuación de conocimientos (cuestionario CPUPP-31) fue 21 puntos (media) (IC95% 20 – 21,6) un 67,7% del máximo. No hay diferencias por género. Los factores que se asocian a mayor puntuación de conocimientos: realización de prácticas clínicas ($p<0.0001$), asistencia a jornadas sobre LPP ($p=0,002$), curso en el grado en Enfermería ($p<0,001$), los estudiantes de 4º curso tienen puntuaciones superiores.

Puntuación de actitud fue de 23 (media) (IC 95% 22- 23,4) un 44,2% del máximo. Mayor puntuación significa actitud más favorable. No hay diferencias por género ni por asistencia a jornadas. Los factores que se asocian a menor puntuación (actitud menos favorable): realización de prácticas clínicas ($p<0,0001$) y curso en el grado en Enfermería ($p<0,0001$), estudiantes de primer curso tienen una actitud más favorable.

Discusión. Los estudiantes de la Universidad de Jaén tienen conocimientos sobre prevención de LPP medios (67% del máximo). Es similar a lo hallado en estudios en otros países, como Brasil, Irán y Suecia con otros cuestionarios (PPKUT, PUKAT). El cuestionario CPUPP-31 permite identificar aspectos en los que tienen mayor y menor conocimiento. La formación recibida en asignaturas y las prácticas clínicas aumenta el conocimiento.

Por otro lado, la actitud hacia la prevención se sitúa en un nivel medio-bajo (44% del máximo), indicando que hay aspectos para mejorar. Es una actitud menos favorable que la hallada en países como Italia, Irlanda o Australia. Resulta llamativo que la actitud es menos favorable en estudiantes de cursos superiores y en los que ya han realizado prácticas en los centros sanitarios.

Implicación para la práctica. La medición del conocimiento sobre prevención de LPP y la identificación de aspectos peores conocidos es un factor clave para planificar programas formativos en las Facultades de Enfermería. La actitud más o menos favorable hacia la prevención parece ser independiente al nivel de conocimientos, por lo que debe ser considerada de forma específica.

Conclusiones. Los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Jaén tienen un nivel medio de conocimientos sobre prevención de LPP y una actitud hacia la prevención menos favorable que estudios realizados en otros países.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú-Soriano J, Soldevilla-Ágreda JJ.

Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014;25(4):162-170.

Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Pérez-López C, Soldevilla-Ágreda JJ. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. Gerokomos. 2019;30(2):76-86.

Gardiner JC, Reed PL, Bonner JD, Haggerty DK, Hale DG. Incidence of hospital-acquired pressure ulcers – a population-based cohort study. Int Wound J. 2016; 13:809-820.

Zhou Q, Yu T, Liu Y, Shi R, Tian S, Yang C et al. The prevalence and specific characteristics of hospitalised pressure ulcer patients: A multicentre cross-sectional study. J Clin Nurs. 2018; 27:694-704.

López Franco MD, Pancorbo Hidalgo PL. Cuestionario de conocimientos sobre prevención de úlceras por presión CPUPP-37: elaboración y validación de contenido. Gerokomos. 2017;28(1):30-37.

Beeckman D, Defloor T, Demarre L, Van Hecke A, Vanderwee K. Pressure ulcers: development and psychometric evaluation of the attitude towards pressure ulcer prevention instrument (APuP). Int J Nurs Stud. 2010;47(11):1432-1441.

López Franco MD, Real López L, Barbas Monjo MA, Hernández Sánchez L, Serra Blasco A, Pancorbo Hidalgo PL. Conocimientos de enfermeras y auxiliares sobre prevención de úlceras por presión en hospitales españoles. Libro de abstracts del XII Simposio Nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas. GNEAUPP. Valencia. 28 – 30 noviembre 2018.

AUTORES/AUTHORS:

Dolors Estrada, Cristina Sierra, Rosa M^a Soriano, Ana Isabel Jordán, Carolina Fernández, Nuria Plaza

TÍTULO/TITLE:

Impacto de una intervención educativa en la adherencia a los fármacos en pacientes hipertensos

Objetivo: Evaluar el grado de adherencia de la medicación en pacientes hipertensos antes de realizar la intervención educativa y a los 6 y 12 meses.

Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, pre y pos intervención, comparativo y aleatorizado en dos grupos sobre la aplicación de una educación terapéutica sobre hipertensión. Los sujetos del estudio eran pacientes hipertensos mayores de 18 años con tratamiento farmacológico, en el ámbito de atención especializada y primaria. Se recogió información sobre edad, sexo, nivel de estudios, tiempos de diagnóstico de la hipertensión y medicación que tomaba. Muestra de 980 pacientes, 490 en el grupo intervención (GI) y 490 en el grupo control (GC). Se pasó en cada visita a los dos grupos el cuestionario de cumplimiento Morisky-Green. La educación en la 1^a visita se realizó a los dos grupos, en la 2^a y 3^a visita solo al grupo GI. Las intervenciones educativas que se realizaron fueron sobre las cifras correctas de presión arterial, recomendaciones de las guías internacionales, órganos que afecta la hipertensión, como se controla e implicaciones de la no adherencia al tratamiento farmacológico.

Resultados: La mitad son hombres y la media de edad es de 65 años. El mayor número de pacientes se concentran entre los 61 y los 80 años y el 78% viven acompañados. En relación al grado de escolaridad, el grupo mayoritario son los que tienen estudios primarios completos, seguido por los que tienen estudios primarios incompletos. En relación a la medicación, toman una media de 1,79 fármacos antihipertensivos al día, siendo el grupo de fármaco principal las IECA en un 38,8%, seguido de los diuréticos en un 36,9% y los ARA II en un 30,1%. Además de los fármacos antihipertensivos un 85% toman otros fármacos para tratar las patologías concomitantes, siendo los más consumidos los hipolipemiantes en un 45,8%. La adherencia en la primera visita fue del 42,45% en el GI y del 44,29% en el GC. En la segunda visita podemos observar que en el GI hay un incremento de pacientes cumplidores del 34,93% ($p < 0,001$), similar al del GC con un incremento de pacientes cumplidores del 32,55% ($p < 0,001$). En la tercera visita, el GI sigue aumentando el número de pacientes cumplidores con un incremento del 7,53% ($p < 0,001$). En cambio, el GC disminuye el número de pacientes cumplidores al 42,13%. El motivo más frecuente por el que manifiestan no tomar la medicación es el olvido en un 42,1% en la primera visita, un 13,4% en la segunda visita y en un 25,2% a la tercera visita.

Discusión: Al inicio del estudio, el nivel de cumplimiento de los pacientes es bajo. A los 6 meses vemos como hay un aumento en los dos grupos y los 12 meses el grupo que ha seguido recibiendo la intervención consigue resultados mucho más satisfactorios. Los resultados de este estudio indican que este tipo de intervención educativa mejora a media y largo plazo la adherencia al tratamiento farmacológico aunque solo se mantienen en el tiempo si hay un recordatorio de la misma intervención educativa cada 6 meses. Por este motivo, sería deseable incorporar estas intervenciones educativas en la práctica habitual si queremos mejorar la efectividad de la atención sanitaria en estos pacientes y, así mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Pisano MM, González A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clin.* 2014;24(1):59-66.
2. Márquez VV, Granados G, Gil Roales J. Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. *Aten Primaria.* 2015;47(2):83-89.
3. Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de

la hipertensión arterial en España Resultados del estudio

Diabet.es. Rev Esp Cardiol. 2016;69:572--8.

4. Gijón T, Gorostidi M, Camafort M, Abad M, Martín E, Morales F, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Hipertens Riesgo Vasc. 2018.

5. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Eur Heart J. 2018. 39;3021-3104.

6. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection evaluation, and management of high blood pressure in adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association.

7. Espinosa J, Martell N, Llerena A, Fernández-Bergés D. Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011. Semerg. 2012;38(5):292-300.

AUTORES/AUTHORS:

Silvia Costa Abós, M^a Carmen Olivé Ferrer, Núria Fabrellas Padrés, Marta Carol Perdiguier, Helena Viñas Llebot, Marta Cervera Carbonell, Adelaida Zabalegui Yarnoz, M^a Angeles Saz Roy, Eva María Garrido Aguilar

TÍTULO/TITLE:

Percepción del ambiente educacional del estudiantado de Enfermería mediante el cuestionario DREEM

Introducción

El ambiente educacional (AE) se presenta como un elemento esencial para el desarrollo de las competencias profesionales en la formación universitaria.

Existen diferentes instrumentos para evaluar el AE en carreras del área de la salud, tanto en el aula como en ambientes clínicos. Uno de los instrumentos confiables en la evaluación de la percepción de los alumnos de pregrado es la Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) (Roff, 2005). El uso del cuestionario DREEM se recomienda para generar el perfil de los estudiantes de una determinada carrera y/o institución, identificando sus fortalezas y debilidades, pudiendo además realizar un análisis comparativo de la percepción de estos, en una misma institución o entre instituciones, evaluar la correlación entre percepción del ambiente educacional y logros académicos de los alumnos y utilizar esta encuesta como una herramienta que permita identificar a los buenos estudiantes y aquellos en riesgo (8).

En el año académico 2015-16, se inicia un nuevo grupo de docencia en primer curso del Grado de Enfermería en el Campus Clínic, de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona (UB), y consecutivamente, se ha ido incorporando el correspondiente superior, hasta el año académico en curso en que se gradúa la primera promoción. En este sentido, y dada la complejidad de implementación del mismo, consideramos que es un momento adecuado para evaluar la percepción del estudiantado sobre el AE.

Objetivo general

Identificar la percepción sobre el AE que tiene el estudiantado de enfermería, en el Campus Clínic de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona (UB).

Métodos

Diseño: descriptivo transversal. Ámbito y población de estudio: estudiantes de los cuatro cursos del Grado de Enfermería del Campus Clínic de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la UB. Recogida de datos: La información se obtiene a partir del cuestionario Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM) validado al español-mexicano; el cuestionario consta de 50 ítems agrupados en cinco dominios: percepción del aprendizaje, percepción del docente, percepción académica, percepción de la atmósfera y percepción social. Todos los ítems son formulados en forma de afirmación y respondidos mediante una escala Likert del 1 al 4. El cuestionario se cumplimentó a través de una aplicación virtual mediante dispositivo móvil y de manera presencial en el aula.

Análisis de datos: análisis factorial para verificar la dimensionalidad y de fiabilidad a partir de la alfa de Cronbach. Análisis descriptivo univariante de las dimensiones e ítems del AE y bivariante, para observar la posible asociación entre las características sociodemográficas y las dimensiones del AE. Para verificar la significatividad de las relaciones observadas se han aplicado las pruebas paramétricas o no paramétricas en función del cumplimiento de los supuestos requeridos.

Resultados

Número total de participantes (N=172). La percepción media general sobre el ambiente educativo es de 120.85 (sd 22.8) lo que representa una percepción más positiva que negativa del ambiente educativo del grado de enfermería. No encontrándose diferencias estadísticamente significativas en función del sexo (p-valor=0,562), pero sí según el curso académico (p-valor=0,026) para el que

puede apreciarse una percepción más positiva para los estudiantes de tercer curso. Un análisis más detallado por dimensiones indica que en términos generales la percepción de los estudiantes sobre la enseñanza es más bien positiva (26,5), sobre los docentes es que están encaminados en la dirección correcta (28,8), que académicamente se sienten más en el lado positivo (20,7), que su actitud es más bien positiva hacia la percepción de la atmósfera y que no existe un tan mal ambiente social (16,0).

Discusión

Obtener una valoración del AE a lo largo de este período permitirá redefinir las líneas institucionales y las estrategias de mejora para potenciar el proceso de enseñanza aprendizaje y el alcance de las competencias curriculares.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Aguilar-Barojas, S., Jiménez-Sastré, A., & Castillo-Orueta, M. L. (2018). Validación de la traducción al idioma español del Dundee Ready Education Environment Measure. *Inv Ed Med.* , 13-23.
- Castro-Rodríguez, Y., et al. (2018). Propiedades psicométricas del Dundee Ready Education Environment Measure en la Odontología. *Educ Med.* doi: 10.1016/j.edumed.2017.11.005
- Cerón, M.C., Crisostomo, A.; Parro, J.; Lavin, C. (2015). Impacto de cambio de malla curricular en la percepción del ambiente educacional en alumnos de enfermería. *Invest Educ Enferm*; 33: 63-72.
- Cáneo, M., Brizuela, M. J., Muñoz, P., Pérez, G., & Solsona, D. (2016). Percepción del ambiente educacional preclínico en estudiantes de 1º a 4º año de enfermería de la Universidad Diego Portales, Santiago (Chile). *Rev. iberoam. educ. investi. Enferm.*, 6(2):37-45.
- Hamid, B., Faroukh, A., Mohammadhosein, B. (2013). Nursing student's perceptions of their educational environment based on DREEM model in an Iranian University. *Malays J Med Sci*; 20: 56-63.
- Hechenleitner, M., Chávez, Y. & Lermenda, C. (2014). Percepción del clima educacional en el pregrado de enfermería, a través de la encuesta Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM). *RECS Revista de Educación en Ciencias de la Salud*; 10 (Supl): 233.
- Hechenleitner, M., & Jerez, A. (2018). Evaluación del clima educacional durante el proceso de renovación curricular en enfermería. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 21(2), 79-86.
- Messas, J.T., Leonello, V.M., Fernandes, M.F.P., Gonçalves, G.C.C., Bucchi, S.M., Mira, V.L. (2015). O ambiente educacional do curso de Graduação em Enfermagem na perspectiva dos estudantes. *Rev Esc Enferm USP*; 49 (Esp2):106-114.
- Ousey, K., Stephenson, J., Brown, T., Garside, J. (2014). Investigating perceptions of the academic educational environment across six undergraduate health care courses in the United Kingdom. *Nurse Educ Pract*; 14: 24-9.
- Patil, A., & Chaudhari, V. (2016). Students' perception of the educational environment in medical college: a study based on DREEM questionnaire. *Korean J Med Educ.*, Sep; 28(3):281-8.
- Rios, D., Bozzo, N., Marchant, J., Fernandez, P. (2010). Factores que inciden en el clima de aula universitario. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*; 40:105-26.
- Roff, S. (2005). The Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM): a generic instrument for measuring student's perceptions of undergraduate health professions curricula. *Med Teach.*, 27(4):322-5.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Álvarez-García, Carmen Álvarez-Nieto, Rachel Carter, Janet Kelsey, Sebastián Sanz-Martos, Isabel M López-Medina

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de Material Educativo Digital en la Formación de Estudiantes de Enfermería en Salud Medioambiental Infantil

1. Objetivos:

Los problemas medioambientales a los que nos enfrentamos hacen necesario que la educación superior dote a sus alumnos de las actitudes, los conocimientos y las habilidades necesarias para dar respuestas innovadoras y creativas a los problemas de salud medioambiental infantil (1,2).

Un estudio comparativo realizado por Richardson y cols. (3) en 2016 con estudiantes de enfermería de cuatro países europeos (Reino Unido, España, Suiza, Alemania), encontró que existen diferencias significativas en las actitudes hacia la sostenibilidad, siendo necesaria la inclusión de sostenibilidad medioambiental en el currículo de enfermería y la implementación de ésta en la práctica clínica. Reconociendo estas disparidades y con el fin de determinar la calidad del módulo de aprendizaje J3_A1 Salud Infantil y Medioambiente de la plataforma NurSusTOOLKIT, estudiantes españoles y británicos fueron expuestos a la intervención e-NurSus Children y se determinó el efecto en sus actitudes, conocimientos y habilidades.

2. Métodos:

Estudio cuasi-experimental de series de tiempo mediante evaluación pre-post de la intervención e-NurSus Children en estudiantes de Enfermería españoles (n = 110) y británicos (n = 157) durante el año 2018. El tamaño de la muestra se estableció en un mínimo de 17 pares para alcanzar el 80% de potencia, basándonos en un estudio previo (4).

Los estudiantes participaron en una sesión llamada e-NurSus Children usando metodología Blended On-Line and Digital (BOLD) (5). Todos los materiales utilizados en las sesiones están disponibles, en español e inglés, en el módulo J3_A1 Salud Infantil y Medio Ambiente de la plataforma NurSusTOOLKIT (<http://nursus.eu/>). Cada sesión tuvo un máximo de 20 estudiantes y su duración fue de 90 minutos.

Para la recogida de datos tras la sesión, se utilizaron cuatro instrumentos, disponibles en español e inglés: Sustainability Attitudes in Nursing Survey (SANS_2) (3), Children's Environmental Health Knowledge Questionnaire (ChEHK-Q) (6), Children's Environmental Health Skills Questionnaire (ChEHS-Q) (6) y Quality of digital educational materials (COdA) (7).

Se calcularon los valores descriptivos de las puntuaciones de los cuestionarios y se compararon en dos ocasiones mediante pruebas de diferencias de medias.

3. Resultados:

En todos los casos, el nivel de actitudes, conocimientos y habilidades de los participantes mejoró después de la intervención ($p < 0,001$). En general, la intervención e-NurSus Children mejoró los conocimientos sobre salud medioambiental infantil (39,02%), seguidos de las habilidades (29,98%) y finalmente las actitudes (15,81%). En España, mejoraron más las habilidades (42,33%), seguidas por los conocimientos (37,61%) y finalmente las actitudes (22,96%). En el Reino Unido, los conocimientos (40,38%),

seguidos por las habilidades (21,70%) y, por último, las actitudes (11,06%).

La media de actitudes fue mayor en el Reino Unido en el pre-test ($z(267) = -2,138$, $p = 0,032$, $d = 0,24$), y en España en el post-test ($z(267) = -2,106$, $p = 0,035$, $d = 0,36$). En el caso de conocimientos, las medias fueron superiores en España ($z(267) = -4,415$, $p < 0,001$, $d = 0,61$; $z(267) = -6,602$, $p < 0,001$, $d = 0,83$; respectivamente en pre-test y post-test). La media de habilidades fue mayor en el pre-test en el Reino Unido y en el post-test en España ($z(263) = -2,157$, $p = 0,031$, $d = 0,21$; $z(263) = -1,040$, $p = 0,298$; respectivamente en el pre-test y el post-test).

La calidad de los materiales educativos digitales utilizados durante las intervenciones fue superior a la media en todos los casos (en una escala del 1 al 10). En España, la accesibilidad del contenido textual fue la dimensión más alta (9,07), y la más baja la portabilidad (8,22). En el Reino Unido, la operabilidad fue la más alta (7,12), y la más baja fue la interactividad de los materiales (6,17).

4. Discusión:

El alumnado de Enfermería tiene actitudes favorables hacia el cambio, pero no tiene los conocimientos y habilidades necesarios para gestionar problemas o enfermedades causados por el medio ambiente. Estos resultados son similares a los encontrados por Richardson y cols. (2,4,8) y Grose y cols. (9) en sesiones de habilidades con estudiantes de enfermería en el Reino Unido. Pero los resultados difieren de los encontrados por Richardson y cols. (10), que no revelaron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, esto podría explicarse por el pequeño tamaño de la muestra.

La intervención e-NurSus Children es útil para aumentar las actitudes, conocimientos y habilidades sobre salud medioambiental infantil entre estudiantes de Enfermería. Futuros proyectos deberían intentar desarrollar la intervención e-NurSus Children dentro de los planes de estudios de enfermería para mejorar las actitudes, conocimientos y habilidades de los estudiantes de enfermería en salud medioambiental infantil en diferentes universidades a nivel internacional. Con esto se conseguirían profesionales de enfermería preparados para hacer frente a los retos medioambientales (11,12).

El presente estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Adlong W, Dietsch E. Environmental Education and the Health Professions: Framing Climate Change as a Health Issue. *Environ Educ Res.* 2015;21(5):687-709.
2. Richardson J, Grose J, Doman M, Kelsey J. The Use of Evidence-Informed Sustainability Scenarios in the Nursing Curriculum: Development and Evaluation of Teaching Methods. *Nurse Educ Today.* 2014;34(4):490-3.
3. Richardson J, Heidenreich T, Álvarez-Nieto C, Fassier F, Grose J, Huss N, Huynene M, López-Medina IM, Schweizerg 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.
4. Richardson J, Grose J, Bradbury M, Kelsey J. Developing Awareness of Sustainability in Nursing and Midwifery using a Scenario-Based Approach: Evidence from a Pre and Post Educational Intervention Study. *Nurse Educ Today.* 2017;54:51-5.
5. Ota M, Peck B, Porter J. Evaluating a Blended Online Learning Model among Undergraduate Nursing Students: a Quantitative Study. *Comput Inform Nurs.* 2018;36(10):507-12.
6. Álvarez-García C, Álvarez-Nieto C, Pancorbo-Hidalgo PL, Sanz-Martos S, López-Medina IM. Student Nurses' Knowledge and

- Skills of Children's Environmental Health: Instrument Development and Psychometric Analysis using Item Response Theory. *Nurse Educ Today*. 2018;69:113-9.
7. Asociación Española de Normalización y Certificación. UNE 71362: Digital Didactic Material Quality. Madrid: AENOR; 2017.
8. Richardson J, Grose J, Jackson B, Gill J, Sadeghian HB, Hertel J, Kelsey J. Effect of Climate Change and Resource Scarcity on Health Care. *Nurs Stand*. 2004;28(45):44-9.
9. Grose J, Doman M, Kelsey J, Richardson J, Woods M. Integrating Sustainability Education into Nursing using an Interdisciplinary Approach. *Local Econ*. 2015;30(3):342-51.
10. Richardson J, Grose J, O'Connor A, Bradbury M, Kelsey J, Doman M. Nursing Students' Attitudes towards Sustainability and Health Care. *Nurs Stand*. 2015;29(42):36-41.
11. Álvarez-Nieto C, López-Medina IM, Linares-Abad M, Grande-Gascón ML, Álvarez-García C. Curriculum Nurse and Strategies Training on Environmental Sustainability and Climate Change. *Enfermería Global*. 2017;16(3):651-64.
12. Grande-Gascón ML, Álvarez-Nieto C, Linares-Abad M, López-Medina IM, Parra-Anguita G, Álvarez-García C. NurSusTOOLKIT: un Recurso De Enseñanza-Aprendizaje para la Sostenibilidad en Enfermería. *Egitania Scientia*. 2015;17:193-207.

POSTER 1**AUTORES/AUTHORS:**

Eva María Arroyos Calvera

TÍTULO/TITLE:

EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE EN LA ASIGNATURA "INTERCULTURALIDAD Y SALUD" MEDIANTE LA INNOVACIÓN DOCENTE Y METODOLÓGICA

INTRODUCCIÓN

La asignatura optativa de "Interculturalidad y Salud" del Grado en Enfermería en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona (curso 2017-2018) se desarrolla en un marco de innovación docente y metodológica. Por una parte, la asignatura se impartió mediante el método de enseñanza del aula-invertida, que constituye un cambio en el aprendizaje de las competencias y, por otra parte, se introdujo una nueva perspectiva para el estudiantado: la investigación cualitativa.

OBJETIVOS

Análisis de las relaciones interculturales ocurridas en dos ámbitos diferenciados dentro del barrio de El Raval (Barcelona).

MÉTODOS

Se lleva a cabo un diseño descriptivo utilizando una metodología cualitativa o etnográfica. La observación es no participante y se realiza sobre la población de dos ambientes: Jardins de les Voltes d'en Cirés y CAP Drassanes. Posteriormente, se analizan las notas de campo de la observación.

CONCLUSIÓN

La impartición de esta asignatura ha supuesto para mí una nueva perspectiva, tanto de aprendizaje como de metodología. Ha constituido también una apertura de puertas hacia una mirada más social de la realidad, que requiere una metodología concreta y una forma ordenada de describir el entorno que nos rodea. Por otra parte, se ha trabajado un nuevo enfoque sobre la propia mirada para tratar con una la población cada vez más globalizada e intercultural.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Medina, J. La docencia universitaria mediante el enfoque del aula invertida. Ediciones Octaedro, S.L. Universidad de Barcelona: 2016.

(2) Tójar, JC. Investigación cualitativa: comprender y actuar. 1ª Ed. Madrid: La Muralla: 2006.

POSTER 2**AUTORES/AUTHORS:**

Víctor Arcos Limiñana

TÍTULO/TITLE:

Protocolo de investigación para la determinación de consumo de alimentos ultraprocesados en vegetarianos en España

1. Introducción: La población vegetariana tiene menos incidencia de enfermedades no transmisibles (ENT) que la no vegetariana. Aunque algunos autores citan un mejor estilo de vida y conciencia sobre la salud como motivos de esta diferencia, hay evidencia sobre la influencia de una alimentación vegetariana en la prevención de las ENT relacionadas con la alimentación más frecuentes en los países desarrollados (obesidad, enfermedades cardiovasculares, etc.) [1,2].
Un alto consumo de alimentos ultraprocesados (AUP) está relacionado precisamente con esas mismas enfermedades [3], y en los últimos cinco años se ha disparado la oferta de AUP aptos para vegetarianos. El incremento en la oferta de estos AUP, su hiperpalatabilidad y el efecto halo, un fenómeno psicosocial que produce que las personas perciban como más saludables alimentos que llevan etiquetas atractivas como “ecológico / orgánico” o “vegetariano / vegano / veggie”., podría reducir los beneficios sobre la salud que tienen los vegetarianos respecto a los no vegetarianos.
2. Objetivos: Determinar el consumo de AUP en vegetarianos y su relación con otras variables.
3. Métodos. Diseño: Estudio transversal. Muestra: Personas que hayan llevado una dieta vegetariana de manera ininterrumpida durante los últimos 12 meses, mayores de 18 años y que residan en España. Se obtendrá a través de organizaciones de vegetarianos a nivel nacional o local, grupos de Facebook y otras redes sociales que agrupen a población vegetariana. Una muestra de 751 individuos sería suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de ± 4 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional del 50%. Para evitar la pérdida de participantes, se enviarán recordatorios a través de las redes sociales donde se han captado y/o correo electrónico. Variables: Tipo de vegetarianismo (ovolactovegetarianos, ovovegetarianos, lactovegetarianos o veganos), consumo de AUP, consumo de alimentos mínimamente procesados, índice de masa corporal (peso, talla), género, edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, profesión, actividad física (criterios de la OMS) y tiempo llevando una dieta vegetariana. Recogida de datos: Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos [4] adaptado a dietas vegetarianas. Se realizará online a través de la plataforma Google Forms. Análisis de datos: Se realizará un análisis descriptivo e inferencial en función de la naturaleza de las variables y las condiciones de aplicación de tests estadísticos. Se asumirá una $p < 0.05$. Consideraciones éticas: Se seguirán principios éticos de la declaración de Helsinki. Se garantizará el anonimato de los participantes y se presentará un consentimiento informado antes de la toma de datos a través de una carta de presentación.
4. Implicaciones para la práctica: Si el consumo de AUP en vegetarianos es elevado y/o aumenta progresivamente, podría producirse una especie de transición alimentaria en vegetarianos que reduciría los beneficios sobre la salud que las dietas vegetarianas parecen ofrecer. Si es el caso, habría que tratar de prevenir o retrasar este evento, que podría empeorar la salud de una parte de la población, siendo imprescindible comenzar a planificar intervenciones de promoción de salud informando sobre el peligro del consumo de estos alimentos, muchas veces encubiertos por el efecto halo, que también afecta a población no vegetariana.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- [1] Melina RD VM, Craig MPH WR, Levin RD CSSD SM. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets. *J Acad Nutr Diet* 2016;116:1970–80. doi:10.1016/j.jand.2016.09.025.
- [2] Rizzo NS, Sabaté J, Jaceldo-Siegl K, Fraser GE. Vegetarian dietary patterns are associated with a lower risk of metabolic syndrome: the adventist health study 2. *Diabetes Care* 2011;34:1225–7. doi:10.2337/dc10-1221.
- [3] Allied Market Research. Meat Substitute Market by Product Type, Source and Category - Global Opportunity Analysis and Industry Forecast, 2018-2025 2018. <https://www.alliedmarketresearch.com/meat-substitute-market>.
- [4] De la Fuente-Arrillaga C, Vázquez Ruiz Z, Bes-Rastrollo M, Sampson L, Martínez-González MA. Reproducibility of an FFQ validated in Spain. *Public Health Nutr* 2010;13:1364–72. doi:10.1017/S1368980009993065.

POSTER 4**AUTORES/AUTHORS:**

ALBA GOMEZ JIMENEZ

TÍTULO/TITLE:

Metodologías de aprendizaje en las prácticas clínicas de enfermería: perspectivas de estudiantes y figuras docentes

Proyecto de investigación:

El cambio en el paradigma pedagógico en los estudios de grado tuvo lugar en 1999 tras la implementación del plan Bolonia (1). Supuso un cambio del aprendizaje centrado en el profesor a un aprendizaje centrado en el alumno, expresando los objetivos en competencias e implicando una reinterpretación del empleo de las metodologías de aprendizaje. Las metodologías de aprendizaje son procedimientos que guían las acciones conscientes e intencionales para alcanzar competencias en el aprendizaje (2). Muchas de las competencias a alcanzar por el profesional enfermero graduado se adquieren en las asignaturas donde se desarrolla la práctica clínica enfermera (3). Actualmente se disponen de numerosas metodologías que persiguen el alcance de competencias en la práctica clínica: aprendizaje basado en equipos, foro virtual, portafolio, diario reflexivo, incidente crítico etc.(4). Tres de los actores que participan en el proceso de aprendizaje clínico son: estudiantes, tutores clínicos y tutores académicos (5).

1. Objetivo general: Conocer experiencias en relación con el uso de las metodologías de aprendizaje para la adquisición de competencias en las asignaturas de prácticas clínicas en los estudiantes de enfermería de último curso, los tutores académicos y tutores clínicos en las universidades públicas de la Comunidad de Madrid (CM).
2. Método (6): Se plantea un diseño de aproximación cualitativa bajo la orientación metodológica socio-constructivista (7). El ámbito de estudio tendrá lugar en las universidades públicas de la CM y los centros sanitarios asociados a éstas. La población estará formada por tres actores: estudiantes de enfermería de cuarto curso, tutores clínicos que desempeñen su función docente en los centros en los que realicen rotaciones los estudiantes, y finalmente los tutores académicos de las asignaturas de prácticas clínicas correspondientes. El muestreo será estructural, característico en la investigación cualitativa (8). Se seleccionará teniendo en cuenta los criterios de inclusión, quedando excluidos de la muestra los participantes que: no hablen español, que no residan en la CM, estudiantes con asignaturas pendientes, tutores clínicos o académicos con experiencia en docencia inferior a dos años y aquellos que no tengan firmado el consentimiento informado. El proceso de captación de participantes que conformen la muestra inicial se realizará a través del equipo investigador y de personas interpuestas (coordinadores de las asignaturas de prácticas clínicas representantes de cada universidad), divulgándose un documento informativo del proyecto en aula, redes sociales y plataformas educativas; empleándose así la modalidad de muestreo opinático (7). Las dimensiones a estudiar serán: conocimiento metodologías, competencias de un profesional enfermería generalista, dimensiones del pensamiento crítico y barreras o facilitadores identificados en el empleo de las metodologías. Para la recogida de datos se realizará una triangulación de métodos a través de técnicas conversacionales (8): Se realizarán grupos focales (GF) en estudiantes y tutores clínicos (9), dos a cada grupo. Por otro lado, se realizarán cuatro entrevistas individuales semiestructuradas (7) a los tutores académicos y no GF dado que tendría el inconveniente del sentimiento de rivalidad al tratarse de diferentes universidades, siendo difícil la generación del discurso. En ambas técnicas se seguirán los guiones desarrollados con preguntas abiertas donde los participantes puedan introducir conceptos no contemplados por los investigadores. El análisis de los datos debe darse a la par de su recogida, realizando una lectura de las reflexiones del diario de campo para así identificar aspectos a mejorar y la prevalencia de las necesidades informativas (7); de ahí que el número total de grupos focales y entrevistas no sea fijo y varíe en función de si se han alcanzado o no dichas necesidades (saturación teórica). Al haberse empleado técnicas conversacionales, el lenguaje se convierte en la expresión del fenómeno objeto de estudio, siendo las unidades de análisis serán las palabras y frases. Así se realizará el proceso de análisis siguiendo el método de análisis sociológico del discurso comenzando con una interpretación de la globalidad del contexto, para posteriormente fragmentarlo y analizarlo en detalle (7).
3. Discusión: En cuanto a las implicaciones para la práctica clínica, la ejecución del presente proyecto de investigación permitiría establecer una construcción social en relación con las metodologías de aprendizaje en la práctica enfermera, resultante de la interacción entre los diferentes actores que influyen en el proceso de aprendizaje. La unificación de todas las percepciones relacionadas con los objetivos expuestos en el proyecto permitiría vislumbrar el proceso de aprendizaje en su conjunto y no como un proceso segmentado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) EEES. Ministros Europeos de Educación Superior. Declaración de Bolonia [Internet]. 1999 [citado 5 Abr 2019]. Disponible en: <http://eees.umh.es/contenidos/Documentos/DeclaracionBolonia.pdf>
- 2) Monereo C, Castelló M, Clariana M, Palma M, Pérez ML. Las estrategias de aprendizaje: ¿Qué son? ¿Cómo se enmarcan en el currículum? En: Monereo C. Estrategias de enseñanza y aprendizaje. 6ª ed. Graó; 1999. pp. 11-28.
- 3) Falcó Pegueroles A. La nueva formación de profesionales sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. Educación Médica [Internet]: 2004 [citado 3 Feb 2019]; 7: 42-45. Disponible en: <https://doaj.org/article/10db89bb6b39479f8d701efffd9cf8dd>
- 4) García-Carpintero Blas y col. Metodologías de enseñanza-aprendizaje en enfermería: ¿Es el portafolio una metodología acorde con el espacio europeo de educación superior? Revista Enfermería Docente [Internet]: 2017 [citado 27 Dic 2018]; 108: 24-28. Disponible en: http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/439/pdf_375
- 5) Consejería de Sanidad. Guía del Tutor de Grado de Enfermería. Agencia Lain Entralgo. Madrid; 2009.
- 6) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care: 2007; 19 (6):349–357. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- 7) Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: IDIAP J. Gol: 2014.
- 8) Pedraz Marcos A, Zarco Colón J, Ramasco Gutiérrez M, Palmar Santos AM. Investigación cualitativa. Madrid: Elsevier; 2014.
- 9) García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Aten Primaria: 2000; 25 (3): 181-186. DOI: 10.1016/S0212-6567(00)78485-X

POSTER 6**AUTORES/AUTHORS:**

Belén Lozano Díez

TÍTULO/TITLE:

Abordaje de la anorexia nerviosa en adolescentes. Papel de enfermería.

Objetivos: General: Concienciar al personal de enfermería de la importancia del abordaje precoz de la anorexia nerviosa.

Específicos: Analizar las estrategias de actuación en la anorexia nerviosa, describir la actuación de los dispositivos de atención, examinar factores de riesgo, protectores, de buen pronóstico y de mal pronóstico de la anorexia nerviosa; conocer el papel de enfermería en el abordaje de la anorexia nerviosa.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos Pubmed, Cochrane Library, biblioteca Cochrane Plus, Scielo, Dialnet, Lilacs, Trip Database y Cuiden, donde se emplearon estrategias de búsqueda con diversas combinaciones de las siguientes palabras clave: anorexia, anorexia nerviosa, enfermería, intervención, adolescente, factores de riesgo y detección. La pregunta PICO que ha guiado este trabajo es la siguiente: ¿Cómo afecta la intervención que reciben los adolescentes que padecen AN en el desarrollo de dicho trastorno? Los criterios de inclusión fueron el idioma en inglés, español, francés y portugués; publicado en los últimos 5 años (2014-2019) y que se tratara de población joven y de adolescentes. Como criterios de exclusión se establecieron los textos de pago y que no hubiera acceso al texto completo. La calidad de los artículos seleccionados fue evaluada mediante la escala "CASPe" y otros criterios establecidos no estandarizados. El análisis de la información fue de tipo cualitativo y descriptivo.

Resultados: Las estrategias de actuación en la AN son: el enfoque multidisciplinar, considerar los signos de alerta, una valoración clínica y nutricional, tener en cuenta y tratar las complicaciones asociadas, un diagnóstico y tratamiento precoz, el seguimiento del paciente a largo plazo, formar una buena alianza terapéutica, prevenir las recaídas y los tratamientos nutricionales, basado en la familia, farmacológico y psicológico (como el cognitivo-conductual).

Los dispositivos de atención se organizan a nivel ambulatorio, hospital de día y hospitalización. El nivel ambulatorio es la primera línea de tratamiento y en caso de no ser suficiente se accederá a los otros dos, siendo la hospitalización la opción para los casos severos de AN.

Es un trastorno multifactorial, donde no solo importan los factores de riesgo, sino también los protectores y los de pronóstico. El papel de enfermería es clave en la detección precoz, el tratamiento, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. En cuanto al tratamiento, la atención enfermera debe ir dirigida a la recuperación física, conductual, cognitiva, emocional, familiar y social, no debe centrarse solo en los signos y síntomas.

Discusión: Los enfermeros son claves en la prevención, detección, tratamiento, recuperación y seguimiento a largo plazo para evitar recaídas, formando parte de un equipo multidisciplinar, donde todos los profesionales se responsabilicen de sus actuaciones. Es necesario sensibilizar a los profesionales de enfermería sobre la importancia de la intervención precoz, ya que repercute en la evolución, pronóstico, cronificación, tratamiento y rehabilitación, con la consiguiente disminución de los casos de AN. Por ello, una implicación práctica sería la formación específica de estos profesionales sobre el abordaje de la AN.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Gómez-Candela C, Palma Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. *Nutr Hosp*. 2018;35(1):11-48.

Jagielska G, Kacperska I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol [Internet]*. 2017 [citado 2019 May 6];51(2):205-218. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28581532>

Rowe E. Early detection of eating disorders in general practice. *Aust Fam Physician*. 2017;46(11):833-8.

Harrington BC, Jimerson M, Haxton C, Jimerson DC. Initial Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *American Family Physician [Internet]*. 2015 [citado 3 Abr 2019];91(1):46-53. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2015/0101/p46.pdf>

López Ramírez S, Cara Navarro A, Moreno fernández L, Lozano Mengíbar. Anorexia: el rol de la psicoterapia y la farmacoterapia en adolescentes. En: Gázquez J, Molero M, Pérez-Fuentes M, et al, editores. *Perspectivas y análisis de la salud*. 1a ed. España:

ASUNIVEP; 2016. p. 99-105.

Aguilera Losada M, López López M, Magán Magán M. Trastornos Alimentarios: La anorexia en la infancia y en la adolescencia desde Atención Primaria de Salud. En: Molero M, Pérez-Fuentes M, Gázquez J, et al, comps. Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital. 1a ed. España: ASUNIVEP; 2016. p. 169-173.

Swenne I, Parling T, Salonen Ros H. Family-based intervention in adolescent restrictive eating disorders: Early treatment response and low weight suppression is associated with favourable one-year outcome. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):1-10

Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No.: CD007193. DOI: 10.1002/14651858.CD007193.pub2.

Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. Risk Factors that Predict Future Onset of Each DSM-5 Eating Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females HHS Public Access. *J Abnorm Psychol [Internet]*. 2017 [citado 1 Abr 2019];126(1):38-51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5215960/>

Roux H, Ali A, Lambert S, Radon L, Huas C, Curt F, et al. Predictive factors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *BMC psychiatry*. 2016 [citado 1 Abr 2019]; 16(1):339-349. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27716113>

POSTER 8**AUTORES/AUTHORS:**

Paula Marqués Irigoyen

TÍTULO/TITLE:

Educación sanitaria en la población infantil diabética

1.Objetivos: Comprobar el papel de la educación diabetológica en el control metabólico. Valorar cómo influye la figura de la enfermera escolar en el control de la Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) en el niño y en la escuela.

2.Metodología: Revisión sistemática de las bases de datos PubMed, Dialnet, Scielo y Cochrane Plus sobre estudios de niños con DM1 en el ámbito escolar. Para el comienzo de la realización del estudio se formuló una pregunta PICO: ¿Qué técnicas de educación diabetológica son más eficaces para un buen control metabólico en los pacientes pediátricos con DM1? Se han utilizado términos Mesh (Diabetes Mellitus, nurse, education, pediatrics, child, nursing process, diet, insulin) y libres (Edad escolar, alumnos, comunidad educativa, niños, jóvenes, familias. Enfermera escolar, enfermera comunitaria, enfermera de Atención Primaria. Disminución de complicaciones, aumento del conocimiento sobre la enfermedad, autocuidado.). Se han establecido unos criterios de inclusión (antigüedad máxima de 15 años) y exclusión (estudios realizados en el área de hospitalización, referentes a personas adultas y aquellos basados en DM2). Tras una valoración de la calidad mediante la herramienta CASPe, se ha realizado una síntesis narrativa de los datos extraídos.

3.Resultados: Se han seleccionado 23 artículos (estudios descriptivos, observacionales, experimentales, revisiones sistemáticas), 2 planes de actuación y 2 guías de práctica clínica. La síntesis narrativa nos ha permitido obtener las cuatro áreas siguientes: ejercicio físico, dieta e insulino terapia, DM1 en la escuela y DM1 en el ámbito psicosocial. Los estudios plasman la importancia de la educación sanitaria en el tratamiento de la DM1 en niños para lograr un buen control metabólico.

4.Conclusiones: Se ha comprobado que la educación sanitaria es imprescindible para conseguir un buen control metabólico de la DM1. Para ello, se deben poner en marcha planes de actuación e intervenciones educativas que se adapten al desarrollo cognitivo de los niños. Teniendo en cuenta el ritmo de vida de los niños, la situación ideal es que la educación sanitaria se traslade a la escuela. Es importante, no solo educar al paciente sobre la enfermedad que padece, sino a todo su entorno desde los tutores principales hasta sus compañeros de clase. Todo esto supone una gran organización entre los profesionales de enfermería y los centros escolares.

Implicaciones para la práctica: Resulta evidente, que hay que reivindicar que el profesional de enfermería asuma un papel de liderazgo en la educación sanitaria, en el ámbito escolar. Tras esta revisión sistemática se propone un plan de actuación dirigido al personal de enfermería, que permite coordinar la educación sanitaria llevada a cabo en los centros de salud y en los centros escolares con respecto a la DM1.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- International diabetes Federation. Diabetes atlas. Eighth edition 2017.
- AmericanAcademy of Pediatrics.org [Internet]. [cited 2019 Jan 11].
- Asociación Española de Pediatría | Asociación Española de Pediatría [Internet].
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. [cited 2019 Feb 23]
- Educaci DE. Diabetes mellitus tipo 1 en los centros escolares
- World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen Therapeutic Patient Education Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases Report of a WHO Working Group [Internet]. 1998
- Sociedad Eespañola de Diabetes | INICIO [Internet]
- Oficial De Psicólogos De Madrid C, Crespo E, Gómez M;, Mar M. Clínica y Salud. Clínica y Salud [Internet]. 2011;23(1):25–41
- McAuley SA, Horsburgh JC, Ward GM et al. Insulin pump basal adjustment for exercise in type 1 diabetes: A randomised crossover

study. *Diabetología* 2016;9:1636–44.

- Sigal RJ, Armstrong MJ, Bacon SL, Boulé NG, Dasgupta K, Kenny GP, et al. Physical Activity and Diabetes: 2018 Clinical Practice Guidelines. *Can J Diabetes*. 2018;42(1):54–63.

- Streisand R, Monaghan M. Young children with type 1 diabetes: Challenges, research, and future directions. *Curr Diab Rep*. 2014;14(9):1–16

-Arroyo Díez FJ, Bartivas Cerezo S, Cortés Mancha M, Ferrer Aguarales JL G, López MI, García Simón M et al. Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la Escuela Consejería de Sanidad y Dependencia-Consejería de Educación Junta de Extremadura-3 [Internet]. 2010.

- Portellano A, Mart R. *Diabetología* Artículo original Evaluación neuropsicológica. 2010;24(1):353–7

POSTER 10**AUTORES/AUTHORS:**

Ana María Iacob

TÍTULO/TITLE:

Adherencia terapéutica, papel de enfermería

Objetivo: Establecer la importancia de la adherencia terapéutica en pacientes crónicos y describir el papel de la enfermería.

Metodología: Para realizar esta revisión sistemática se llevo a cabo una búsqueda en bases de datos como PubMed, Scielo, Cochrane o Dialnet, utilizando combinaciones de los siguientes términos libres: compliance, 65 years, Morisky Green, Haynes-Sackett; y los siguientes términos MeSH: life expectancy, medication adherence, patient compliance, nursing, chronic disease. El ámbito de estudio esta centrado en la población mayor de 65 años con enfermedades crónicas en el entorno domiciliario. Para comenzar, se ha formulado una pregunta PICO: En pacientes crónicos de más de 65 años, ¿disminuye la tasa de abandono al tratamiento si se aplican determinados métodos para la mejora de adherencia terapéutica? Se han aplicado diversos criterios de inclusión como la fecha de publicación de los artículos (10 años de antigüedad como máximo), tipo de pacientes (enfermos crónicos, mayores de 65 años) o de estudio (descriptivo, cualitativo, observacional, etc). Se han excluido aquellos artículos que no trataban sobre enfermedad crónicas. La valoración de la calidad se ha realizado mediante la aplicación de herramienta CASPe. Por último, el análisis se ha elaborado por medio de una síntesis narrativa de los artículos elegidos.

Resultados: Se han obtenido 20 artículos que son estudios descriptivos, cualitativos, longitudinales, ECA, revisiones bibliográficas, narrativas, guías y una tesis doctoral. Mediante la síntesis narrativa de los mismos, se han distribuido en cinco grandes apartados: 1) causas y repercusiones de la falta de adherencia; 2) factores influyentes en la adherencia; 3) métodos de medición del grado de cumplimiento; 4) estrategias e intervenciones de mejora; y 5) papel de la enfermera.

Conclusiones: La adherencia terapéutica es un proceso multifactorial con una gran influencia en la calidad de vida del paciente. La falta de adherencia causa el empeoramiento de la salud. Existe una coincidencia en la serie de consecuencias que este problema produce a nivel clínico y económico, extendiéndose en algunos artículos a plantear, también, un nivel psicosocial. Se manifiesta la gran variabilidad de herramientas para medir el grado de adherencia, siendo los métodos indirectos los más utilizados. Por último, el papel de enfermería es esencial para su abordaje, fomentando la participación del paciente en su autocuidado. Mediante la educación sanitaria, será capaz de poner a su alcance las instrucciones terapéuticas necesarias para mantener su bienestar.

Implicaciones para la práctica:

La no adherencia constituye un problema prioritario para la salud pública. Tiene consecuencias negativas tanto para el paciente como para el profesional sanitario. Una de las principales causas de este incumplimiento es la nula conciencia de enfermedad, lo que provoca el abandono del tratamiento (tanto farmacológico como de modificación de hábitos de vida). El rol de enfermería, como educador sanitario, es fundamental a la hora de instruir al paciente sobre su enfermedad para que pueda aceptar las recomendaciones y el tratamiento. De esta forma, su implicación permitirá una mejora sustancial de la adherencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Vicente-Sánchez S, Olmos-Jiménez , Ramírez-Roig , García-Sánchez MJ, Valderrey-Pulido , de la Rubia-Nieto. Adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos precoces. Farmacia hospitalaria. 2017;; p. 147 - 151.
- Abellán García , Ayala García , Pérez Díaz , Pujol Rodríguez. Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos. Informes envejecimiento en red. 2018 Febrero;(17).
- Vega Angarita O, GED. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfermería global. 2009.
- Bertoldo , Ascar , Campana , Martín T, Moretti , Tiscornia. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. Revista Cubana de Farmacia. 2013.
- González Pisano AC. Construcción y validación de un instrumento de evaluación de la adherencia a tratamientos en personas con enfermedad crónica en atención primaria de salud. Universidad de Oviedo;; 2016.

- Millán Calenti JC. Envejecimiento y calidad de vida. Revista Galega de Economía. 2011.
- Soares Rodrigues MC, De Oliveira C. Interacciones medicamentosas y reacciones adversas a los medicamentos en polifarmacia en adultos mayores: una revisión integradora. Revista Latino-americana de enfermagem. 2016.
- OMS. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003..
- Ruiz AR. Adherencia terapéutica de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral (warfarina). Enfermería Clínica. 2013.
- Morales LER. La adherencia al tratamiento en las enfermedades. Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascul. 2015;; p. 175 - 189.
- Sanahuja MA, Villagrasa V, Martínez-Romero. Adherencia terapéutica. Pharmaceutical care. 2012;(14): p. 162 - 167.
12. Veliz-Rojas , Bianchetti Saavedra. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. Revista electronica. En fermería actual en Costa Rica. 2017;(32).
- Pereira Feijoo MC, Almagro Martínez V, Blanco Otero , Prada Monterrubio. Adherencia terapéutica como estándar de calidad enfermero. Enfermeria nefrologica. 2017.
- Sociedades científicas médicas , farmacéuticas , Enfermería d. Plan de adherencia al tratamiento. Uso responsable del medicamento. 2016.
- Pagès-Puigdemont , Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm. 2018;(59): p. 163 - 172.
- Nascimento Raymundo AC, Geraldo Pierin AM. Adherence to anti-hypertensive treatment within a chronic disease management program: a longitudinal study. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014

...

POSTER 13**AUTORES/AUTHORS:**

José Manuel del Caso Jiménez, María Begoña Hernández Hernández, Lara Bartolomé Casado

TÍTULO/TITLE:

Efectividad del Programa Paciente Activo sobre la calidad de vida y el empoderamiento en pacientes diabéticos tipo II.

INTRODUCCIÓN: La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que afecta a la salud y a la calidad de vida del paciente. El Programa Paciente Activo es un tipo de educación grupal cuya finalidad es promover cambios en los hábitos de vida que mejoren el autocuidado, la calidad de vida y el empoderamiento de la salud de los pacientes.

HIPÓTESIS: El Programa Paciente Activo es más efectivo que la atención individual habitual recogida en la cartera de servicios de salud de Castilla y León en la mejora de la calidad de vida y el empoderamiento de los pacientes Diabéticos tipo II.

OBJETIVOS:

Objetivo general: Comparar la calidad de vida y el empoderamiento de los pacientes diabéticos tipo II que pertenecen al grupo intervención (Programa Paciente Activo) en relación a los que pertenecen al grupo control (atención individual habitual recogida en la Cartera de Servicios de Salud de Castilla y León) en las zonas básicas de salud de Ávila capital.

Objetivos específicos:

- o Comparar la calidad de vida y el empoderamiento entre los pacientes diabéticos tipo II que pertenecen al grupo intervención y el grupo control, teniendo en cuenta las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, vive solo y actividad laboral).
- o Comparar la calidad de vida y el empoderamiento entre los pacientes diabéticos tipo II que pertenecen al grupo intervención y el grupo control, teniendo en cuenta las variables clínicas (HbA1C, TA e IMC).

MÉTODOS:

Diseño: Estudio cuasiexperimental controlado multicéntrico con simple ciego del analista.

Población de estudio: Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II que deseen participar en el estudio y pertenezcan y sean atendidos en el ámbito de estudio.

- Grupo intervención: sujetos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II captados en consulta de Atención Primaria mediante captación oportunista, que aceptan participar en el Programa Paciente Activo de Castilla y León.

Se define paciente activo como: "aquel paciente que se sabe el principal responsable de su salud, decide cuidarse, y tiene las habilidades, la motivación y la confianza para hacerlo, siempre en colaboración con el profesional sanitario".

- Grupo control: sujetos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II que reciben la atención sanitaria habitual recogida en la cartera de servicios de salud de Castilla y León y que son seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado por sexo y edad con el fin de conseguir comparabilidad en estas variables con el grupo intervención.

- Emparejamiento grupo intervención-grupo control: 1:1.

- Estimación del poder estadístico: Se estima que participarán en el grupo intervención 73 personas. Por ello, aceptando un riesgo alfa de 0.05 en un contraste bilateral con 73 sujetos en el primer grupo y 73 en el segundo, la potencia del contraste de hipótesis es del 90% para detectar como estadísticamente significativa la diferencia entre la media de calidad de vida de 15.4 puntos del primer grupo y la de 13.3 del segundo (Granmo versión 7.12).

Variables:

- Variables dependientes: calidad de vida, valorada con la versión en español del cuestionario sobre calidad de vida Diabetes Quality of Life (DQOL) y empoderamiento de la salud, valorado con la Escala de Empoderamiento de la Salud (EES).

- Variables independientes: Intervención: sí (Programa Paciente Activo en DM2) y no (atención individual habitual recogida en la cartera de servicios de salud de Castilla y León).

Co-variables:

o Variables sociodemográficas: sexo, fecha de nacimiento, nivel de estudios finalizado, vive solo y actividad laboral.

o Variables clínicas: Tensión arterial, IMC, hemoglobina glicosilada, años de evolución de la enfermedad y tratamiento.

Fases del estudio: 1. Preparación del estudio, 2. Selección de la población del grupo intervención, 3. Selección de la población del grupo control, 4. Reclutamiento de los sujetos del estudio, 5: Intervención, 6: Recogida de datos, 7. Análisis de los datos y difusión de

los resultados.

Análisis estadístico:

Se realizará análisis de la comparabilidad basal de los grupos de estudio y estadística descriptiva de todas las variables. Para la comparación de medias o medianas entre dos categorías el test de t-Student o la U-Mann-Whitney, ANOVA para la comparación de medias entre más de dos categorías y Ji-cuadrado o Ji-cuadrado de tendencia para la comparación de variables categóricas. Como medidas de asociación e impacto la reducción de riesgo relativo (RRR), la reducción absoluta del riesgo (RAR) y el número necesario de tratar (NNT). Todas las pruebas se realizarán con un nivel de confianza del 95% a nivel bilateral y el paquete estadístico será el SPSS 15.

Aspectos éticos: se presentará el proyecto de investigación solicitándose la firma del consentimiento informado, donde se establecen las cláusulas de las condiciones éticas generales y particulares relacionadas con el derecho a la intimidad, anonimato, confidencialidad, cancelación y derecho a la información. Los investigadores se comprometen a respetar las normas de Buena Práctica Clínica vigentes, así como los requisitos de la Declaración de Helsinki.

PALABRAS CLAVE: diabetes mellitus type 2, quality of life, patient education as topic, health education, self-management.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit.* 2013; 27:332-7.
2. Jing X, Chen J, Dong Y, Han D, Zhao H, Wang X, Gao F, Li C, Cui Z, Liu Y, Ma J. Related factors of quality of life of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2018 Sep 19;16(1):189. doi: 10.1186/s12955-018-1021-9. PMID: 30231882.
3. Gerencia Regional de Salud, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Valladolid: Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud; 2005.
4. F.J. García-Soidán, R. Villoro, M. Merino, A. Hidalgo-Vega, T. Hernando-Martín, B. González-Martín-Moro. Estado de salud, calidad de vida y utilización de recursos sanitarios de los pacientes con diabetes mellitus en España. *Semergen.* 2017; 43(6):416-424.
5. Ünsal-Avdal E, Arkan B. Individual and Group Education in Diabetes and Outcomes. *Aquichan.* 2013; 14:138-47.
6. Millaruelo Trillo JM. Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad: paciente experto. Importancia de las nuevas tecnologías como soporte al paciente autónomo. *Aten Primaria.* 2010; 42:41-7.
7. Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria.* 2006; 38:234-7.
8. Carta de Ottawa (1987). Conferencia Internacional de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Revista de Sanidad e Higiene Pública,* 61, 129-133.
9. Lee YJ, Shin SJ, Wang RH, Lin KD, Lee YL, Wang YH. Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Educ Couns.* 2016 Feb;99(2):287-94. doi: 10.1016/j.pec.2015.08.021. Epub 2015 Sep 2. PMID: 26341940.
10. Santos JCD, Cortez DN, Macedo MML, Reis EA, Reis IA, Torres HC. Comparison of education group strategies and home visits in type 2 diabetes mellitus: clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017 Dec 21;25: e2979. doi: 10.1590/1518-8345.2315.2979. PMID: 29267547
11. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS. Empoderamiento: una idea cuyo tiempo ha llegado en la educación diabética. *El educador en diabetes.* 1991; 17 (1): 37-41. doi: 10.1177 / 014572179101700108.

POSTER 16**AUTORES/AUTHORS:**

Rosa Casado Fernández

TÍTULO/TITLE:

Eficacia de un programa de intervención enfermera en Consultas Externas para pacientes con úlceras vasculares

A nivel internacional, las heridas crónicas se han convertido en un importante problema de salud y curarlas, en un reto para el personal de enfermería.

Objetivo

Evaluar la efectividad de un programa de intervención enfermera en pacientes con úlceras vasculares, con seguimiento en la Consulta Externa (CE) de Vascular, en la disminución de complicaciones locales, nivel de satisfacción, calidad de vida relacionada con la salud y del consumo de recursos sanitarios.

Metodología

Se realizará un ensayo clínico, prospectivo, con asignación aleatoria por grupos, estratificado por nivel de riesgo y con grupos paralelos. En relación a los sujetos de estudio se incluirán los pacientes que presenten úlceras activas en extremidades inferiores. La población accesible a este proyecto de investigación serán los pacientes visitados en Consultas externas de Cirugía Vascular del Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH) durante el periodo comprendido entre Octubre del 2019 a Octubre del 2020.

El Grupo control será expuesto a la intervención enfermera que marca el protocolo de la institución: que consistía en la cura de la úlcera de EEII durante la visita del cirujano vascular.

El programa de actividades enfermeras dirigido a los pacientes con seguimiento en la consulta de enfermería de vascular se elabora teniendo en cuenta las recomendaciones de la CONUEI, que a su vez cuenta con el aval del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) y de la Sociedad Española de Enfermería Vascular y Heridas (SEEVH).

Así, dicho programa de actividades enfermeras contará con las acciones de salud preventivas con evidencias científicas para cada contexto de atención.

Las variables dependientes serán: disminución de las complicaciones de las úlceras de extremidades inferiores, la satisfacción del paciente, la calidad de vida del paciente relacionada con la salud y la disminución de los recursos sanitarios

El análisis estadístico se realizará mediante el programa estadístico SPSS versión 22.0.

Todas las tablas y figuras se presentan para el total de sujetos y por grupos de tratamiento.

Discusión

Los resultados de este estudio pueden ser de utilidad para conocer la efectividad de un programa de intervención enfermera en pacientes con úlceras vasculares en la disminución de complicaciones locales, nivel de satisfacción, calidad de vida relacionada con la salud y del consumo de recursos sanitarios

Conclusiones

El presente ensayo clínico pretende demostrar la efectividad de la intervención enfermera en pacientes afectados de úlcera en extremidades inferiores, en relación al nivel de satisfacción del paciente, mejora de su calidad de vida, la disminución de las complicaciones de las úlceras y la consecuente disminución del consumo de recursos sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Marine.lo Roura J. Úlceras de la extremidad inferior. Edit. Glosa. 2005. Pág. 65-105
2. Bellmunt S, Díaz S, Sánchez I, Fuentes E, Fernández F, Piquer N. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Atención Primaria [Revista en línea] 2012. [Citado el 14 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712001862?via%3Dihub>
3. López D, Muñoz L, García S. Estandarización de cuidados en pacientes con úlceras de extremidad inferior de etiología venosa. NURE Inv [Internet]. Nov-dic 2012 [citado día 14 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE61_protocolo_ulceras.pdf
4. Marinel.lo J, Verdú J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.); 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018. [Citado el 14 de febrero de 2019]. Accesible en:

http://www.capitulodeflebologia.org/media/Libro-CONUEI_444.pdf

5. Lindholm C, Searle R. Wound management for the 21st century: combining effective-ness and efficiency. *Int Wound J* 2016; 13 (suppl. S2):5–15. [cited 2019 Feb 25]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27460943>
6. Levenson SM, Kan-Gruber D, Gruber C, Molnar J, Seifiter E. Wound Healing Accelerated by Staphylococcus aureus. *Arch Surg.* 1983 [cited 2019 Feb 14]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6824431>.
7. Guía de práctica clínica para la prevención y cuidados de las úlceras arteriales. 2009 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. [Internet]. 2019 [Citado el 26 de febrero de 2019]. Accesible en: <https://www.aeev.net/aeev.php>
8. Herrera J, Curto P, Soriano J, Canalda E. El dolor en las heridas crónicas de las extremidades inferiores. En Libro de Comunicaciones: XXVI Congreso Nacional de Enfermería Vasculard y Heridas. Madrid; AgInf. 2014; 18(1):175–7 [Citado el 27 de febrero de 2019]. Accesible en: <https://bit.ly/2TI2MUm>
9. Franks, P., Barker, J., Collier, M. et al. Management of patients with venous leg ulcer: challenges and current best practice, *J Wound Care*, 25; 6, Suppl, 1–67 [Citado el 11 de abril de 2019]. Accesible en: <https://www.aeev.net/guias.php>
10. Asociación Española de Enfermería Vasculard y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH, 2017. [Internet]. 2019 [acceso 14 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.aeev.net/>

POSTER 22**AUTORES/AUTHORS:**

MARÍA GONZÁLEZ GALLEGU, M^a JOSÉ RAMOS CARBAJO, ROSA M^a ÁLVAREZ DIEZ, HENAR BOBILLO DE LAMO, ROGELIO ROJAS CASTELLANOS, ENCINA BLANCO ARIAS, SARA CARNICERO V ILLAZALA, LUCIA DOMINGUEZ BLANCO, SARA FERNANDEZ GARCÍA

TÍTULO/TITLE:

DEL COLEGIO AL CENTRO DE SALUD: "UN PASEO SALUDABLE"

La Educación para la Salud es una herramienta eficaz para promocionar formas de vida sana en los niños y sus familias.

OBJETIVOS:

- Conocer el grado de conocimientos en hábitos saludables de los niños de 6º de Educación Primaria de cuatro colegios de nuestra zona de salud.
- Conocer la satisfacción de estos niños con la intervención realizada.

METODOLOGÍA:

Diseño: Análisis observacional, descriptivo

Ámbito de estudio: Zona Básica de Salud Ponferrada II

Sujetos de estudio: Población escolar de 6º de Educación Primaria de cuatro de los nueve colegios de la Zona Básica de Salud Ponferrada II.

Variables/dimensiones estudiadas: Conocimientos en hábitos saludables antes y después de la intervención: alimentación, higiene, sueño, actividad física, ocio, prevención solar. Opinión sobre: organización y beneficios de la actividad (nada/bastante/mucho), satisfacción sobre los temas tratados y satisfacción personal.

Instrumentos de recogida de datos: Cuestionario de conocimientos pre y post test anónimos. Encuesta de opinión anónima.

Elaborados ad hoc por los investigadores y pilotadas previamente. Tratamiento datos: Tabla Excel, análisis estadístico univariante descriptivo de frecuencias absolutas-porcentajes. Anonimato. Confidencialidad de datos obtenidos en su tratamiento

Los resultados se expresarán en función de los objetivos establecidos. Los miembros del equipo de pediatría del Centro de Salud (formado por tres pediatras y tres enfermeras de pediatría), decidimos realizar talleres educativos en hábitos de vida saludable, en "la sala de espera" utilizando los 9 murales didácticos elaborados por nosotras mismas en colaboración con docentes del Colegio Público Compostilla, valorando impacto y satisfacción de los mismos al finalizar la intervención.

Plan de actuación: Previamente nos reunimos con el equipo directivo de los colegios seleccionados informando de la actuación a seguir con los escolares de 6º de Primaria:

- Los escolares con la tutora, en el aula, realizan el cuestionario de conocimientos (pre test) los días previos a la intervención.
- El día de la intervención, acuden al Centro de Salud acompañados de su tutora caminando desde el colegio.
- En la sala de espera de pediatría, pediatras y enfermeras, realizamos el taller "fomento de hábitos de vida saludable" utilizando los murales antes referenciados. La intervención tiene una duración aproximada de 60 minutos y destaca por ser muy participativo.
- Finalizado el taller entregamos a cada niño una síntesis de los aspectos más importantes del "paseo saludable".
- El día posterior a la intervención, en el aula, realizan el pos test y la encuesta de opinión.

RESULTADOS:

Los niños a estudio son 114. En el Pre-test el 18,4 % de los niños responde correctamente a todos los items mientras que el pos-test lo hace el 21,11 %. Los fallos más frecuentes están relacionados con la higiene (necesidad de ducha diaria y lavado de manos)

En la encuesta de satisfacción: El 81,13% de los encuestados valora el taller como "bueno".

A la pregunta sobre los beneficios de la actividad, el 91.5% de los escolares consideran que lo aprendido les ayudará a modificar hábitos "bastante o mucho".

Respecto a las preguntas abiertas:

1.- Expresa con una frase lo que le comentarías a un amigo o amiga sobre esta actividad:

"UN CURSO PARA TU DÍA A DÍA", "LO RECOMIENDO MUCHÍSIMO", "MUY EDUCATIVO Y SALUDABLE", "UN PROYECTO INCREÍBLE", "UNA BUENA EXPERIENCIA PARA REPETIR", "LA VISITA DEBERÍA DURAR MÁS" "DEBERÍAS CUIDARTE MÁS

POR TU BIEN”, “SIRVE PARA ESTAR MÁS SANO, TENER MEJOR VIDA Y MENOS ENFERMEDADES”, “TODO EL MUNDO SUPERMAJO, APRENDES MUCHO Y LA EXPLICACIÓN ESTA MUY BIEN”.

2.- Explica brevemente lo que ha significado para ti la actividad:

“MOLA MUCHO”, “GENIALES LAS PROFESIONALES”, “UNA AVENTURA HACIA UNA BUENA SALUD”, “UN RECORDATORIO QUE ME HA SERVIDO DE MUCHO”, “ALGO PARA AYUDARNOS EN SALUD”, “UN PASEITO QUE ME AYUDA A MEJORAR MIS HÁBITOS”.

3.- Que otros temas te gustaría tratar:

USO RESPONSABLE DEL MÓVIL. EL DEPORTE. COMO ESTUDIAR Y ORGANIZARSE. CONTAMINACIÓN Y MEDIO AMBIENTE. SOBRE EL COMPORTAMIENTO. POSICIONES PARA ACOSTARSE. PROBLEMAS QUE OCASIONA EL ACOSO. TÉCNICAS DE CONCENTRACIÓN Y RELAJACIÓN. CARACTERES SEXUALES Y HOMOSEXUALIDAD.

DISCUSIÓN/ IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA

- Los niños experimentan ligera mejora en conocimientos y gran satisfacción con la intervención.
- Continuando en la línea de trabajo iniciada en 2015 al implantar la Guía “Prevención Primaria de la Obesidad infantil” RNAO esta intervención nos permitirá revisar la actividad realizada en la consulta, fomentar acciones de mejora para que niños y cuidadores se motiven y aprendan a vivir sanos.
- Educar a la población pediátrica en hábitos saludables desde edades tempranas, mantenerlas en el tiempo, implicando a todos los niveles de la comunidad, es la medida más eficaz para conseguir adultos con hábitos de vida saludables.
- Seguiremos realizando esta intervención sistemáticamente en los próximos cursos para mejorar los indicadores en salud en los niños de nuestro área de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.-Stefanie Vandevijvere, Carson C Chow, Kevin D Hall, Elaine Umali & Boyd A Swinburn. El aumento del suministro de energía alimentaria como el principal impulsor de la epidemia de obesidad: un análisis internacional. Boletín de la OMS 2015; 93 (437-512)
- 2.-Estudio ALADINO 2015: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2016
- 3.-José-Juan Sánchez-Cruz, José J. Jiménez-Moleón , Fidel Fernández-Quesada , María J. Sánchez ,Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012Rev Esp Cardiol. 2013; 66:371-6
- 4.-M. Riquelme Pérez Metodología de educación para la salud. Rev Pediatr Aten Primaria Supl 2012; (21):9-14
- 5.-Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno-Casbas T, Del Río Faes C, Albornos-Muñoz I, Escandell-García C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. Enferm Clínica 2011; 21(5):275-83.
- 6.-Albornos-Muñoz L, Moreno-Casbas, T; González-María E. Implantación de guías de buenas prácticas en España: programa de centros comprometidos con la excelencia en cuidados. MEDUNAB 2015; 17(3): 163-9.
- 7.-Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Guía de las Buenas Prácticas Clínicas: Prevención primaria de la obesidad infantil. RNAO. 2014.

8.-Registered Nurses' Association of Ontario. Herramienta de implantación de buenas prácticas. Ontario: RNAO; 2009

POSTER 23**AUTORES/AUTHORS:**

Francisca Zamora Zamora, Diego García Zamora, Noelia García Zamora

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños europeos. Revisión sistemática

Introducción: El aumento de la obesidad y sobrepeso infantil es un importante problema de salud pública. La prevalencia de obesidad mundial casi se ha triplicado desde 1975 hasta nuestros días. El 39 % de la población mundial, 1900 millones de adultos, tenían sobrepeso y el 13%, 650 millones de adultos, eran obesos en 2016. La obesidad infantil se ha mostrado como predictor de la obesidad del adulto y está asociada independiente con la mortalidad cardiovascular. En los estudios epidemiológicos, existe cierta variabilidad, relacionada con la edad y los criterios de definición que dificultan la síntesis de datos.

Objetivo: Identificar la tendencia de prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil en niños europeos.

Método: Búsqueda exhaustiva en bases de datos: PubMed, Embase, Scopus, Web of Science, Cuiden, Cochrane Library, y metabuscadores Tripdatabase, y búsqueda inversa hasta 30 de mayo de 2019. **Población:** niños europeos menores de 18 años de edad. **Estudios escrutados:** Revisiones sistemáticas, guías de sociedades científicas, y metaanálisis de al menos 1000 participantes.

Resultados: prevalencia de obesidad o sobrepeso infantil en niños y adolescentes europeos. **Evaluación de la validez:** La selección se hizo por dos investigadores de manera independiente; en caso de discrepancia un tercer investigador tomó la decisión

Resultados: Se han revisado 540 estudios, de ellos se han seleccionado 23 que cumplían los criterios de inclusión. Se han incluido 1.135.382 niños de 1 a 18 años de edad. Los estudios incluidos se han desarrollado en países como Holanda, Chipre, Irlanda, Grecia, Italia, Alemania, España, Eslovaquia, Ucrania, Gran Bretaña o Portugal. En Europa, la tasa de obesidad infantil ha variado de de 0,4 a 48,3%. La prevalencia de obesidad europea, ha ido aumentando hasta un 6-8% en 2016. La prevalencia de sobrepeso ha aumentado en la mayoría de países europeos o se ha mantenido estable, pero no ha descendido y ha alcanzado valores de 11 a 23,7%.

Discusión: La media del índice de masa corporal (IMC) fue de 16,8-17,2 kg/m² en 1975 y se ha alcanzado una media de 18,6 kg/m² en 2016. Desde 1975 hasta 2016 se ha visto un incremento de 0,32 kg/m² de IMC para las niñas y de 0,40 kg/m², para los niños por década. Se informó de niños lituanos de 10-16 años, con una tasa de 0.4% de obesidad en 2002. Se han encontrado datos de obesidad en niños bosnios de 12 a 13 años del 48.3% en 2004. Los datos de obesidad y sobrepeso en España conjuntos son de 35% para la edad de 8-17 años, mientras que el 45.3-40.5%, de niños y niñas de 6 a 9 años tenían sobrepeso, lo que nos situaba como el país europeo con la tasa más alta, seguidos de Italia, Grecia y San Marino. En algunos estudios se ha observado una tendencia de descenso de obesidad y sobrepeso tanto en niños españoles como andaluces. Principalmente este descenso se asocia al aumento de edad.

Implicaciones para la práctica clínica: Las chicas europeas parecen ganar más peso que los chicos. Existe una tendencia a la estabilidad en el noreste de Europa para chicas, y noroeste para chicos, en niveles altos. Por otro lado, en niños andaluces y españoles, se ha observado una tendencia decreciente lo que supone datos esperanzadores para la epidemia del siglo XXI. El índice de masa corporal europeo infantil, ha tenido una tendencia creciente tanto en niños como en niñas, de 1975 a 2016. Desde el año 2000 se ha visto un incremento de 1% anual de sobrepeso. Algunos de los factores que se han asociado a la obesidad y sobrepeso están relacionados con hábitos de alimentación como no desayunar, falta de actividad física, aumento de las horas de televisión, ordenador o videojuegos en su habitación, dormir menos horas y un bajo nivel de ingresos y bajo educativo de padres. Es necesario un plan integral infantil que incida en todos estos factores, para poder ser más eficaces en la disminución de la tendencia de obesidad y sobrepeso infantil. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Sánchez-Cruz JJ, Jiménez-Moleón JJ, Fernández-Quesada F, Sánchez MJ. Prevalence of child and youth obesity in Spain in 2012. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2013; 66(5):371-6.

Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health*. 2014;14: 806.

- Twig G, Yaniv G, Levine H, Leiba A, Goldberger N, Derazne E, et al. Body-Mass Index in 2.3 Million Adolescents and Cardiovascular Death in Adulthood. *N Engl J Med.* 2016; 374(25):2430-40.
- Ahluwalia N, Dalmaso P, Rasmussen M, Lipsky L, Currie C, Haug E et al. Trends in overweight prevalence among 11-, 13- and 15-year-olds in 25 countries in Europe, Canada and USA from 2002 to 2010. *Eur J Public Health.* 2015; 25 Suppl 2:28-32.
- Grammatikopoulou MG, Kotanidou EP, Markaki AG, Stylianou C, Galli-Tsinopoulou A, Tsigga M, et al. A systematic review and meta-analysis of weight status among adolescents in Cyprus: scrutinizing the data for the years 2000-2010. *Hormones (Athens).* 2014; 13(4):543-51.
- Keane E, Kearney PM, Perry IJ, Kelleher CC, Harrington JM. Trends and prevalence of overweight and obesity in primary school aged children in the Republic of Ireland from 2002-2012: a systematic review. *BMC Public Health.* 2014; 14:974. doi: 10.1186/1471-2458-14-974.
- Kotanidou EP, Grammatikopoulou MG, Spiliotis BE, Kanaka-Gantenbein C, Tsigga M, Galli-Tsinopoulou A. Ten-year obesity and overweight prevalence in Greek children: a systematic review and meta-analysis of 2001-2010 data. *Hormones (Athens).* 2013; 12(4):537-49.
- Turchetta F, Gatto G, Saulle R, Romano F, Boccia A, La Torre G. [Systematic review and meta-analysis of the prevalence of overweight and obesity among school-age children in Italy]. *Epidemiol Prev.* 2012; 36(3-4):188-95.
- von Kries R, Beyerlein A, Müller MJ, Heinrich J, Landsberg B, Bolte G, et al. Different age-specific incidence and remission rates in pre-school and primary school suggest need for targeted obesity prevention in childhood. *Int J Obes (Lond).* 2012; 36(4):505-10. 11. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet.* 2017; 390(10113):2627-42.

POSTER 24

AUTORES/AUTHORS:

Natalia Montero Gutiérrez, M^a Ángeles Barba Pérez

TÍTULO/TITLE:

Estudio y análisis de mitos y creencias en torno a la vacunación infantil.

1. Objetivos: Conocer la opinión de los padres de tres Centros de Salud del Área Este de Valladolid acerca de la vacunación y sus mitos asociados.
2. Métodos: Estudio cuanti-cualitativo descriptivo, observacional trasversal. Se realiza entre octubre de 2018 y mayo de 2019. La población son los padres de niños de 0-14 años tomando como muestra 227 padres que acuden consecutivamente a las consultas de Pediatría de los 3 Centros de Salud los días seleccionados. Se realiza una entrevista utilizando un cuestionario elaborado ad hoc con variables socio demográficas y variables cualitativas enfocadas a los objetivos. El análisis de datos se efectúa con el programa SPSS Statistics.
3. Resultados: El 96.5% (IC95% 93.17%-98.47%) de la muestra está de acuerdo con la vacunación, aunque admiten como ciertas algunas de las ideas y mitos que circulan promovidos por los antivacunas: el 63.7%(IC95% 53.3%-70.72%) cree que existe "negocio tras el mundo de la vacunología", el 53.8%(IC95% 46.32%-61.25%) admite la existencia de "posibles reacciones alérgicas graves" y el 30.8% (IC95% 24.15%-38.02%) cree en "la alteración del sistema inmune al vacunar al niño". El mito menos arraigado en la muestra provacunas es "la relación de autismo con la vacunación" (31.3%). El 27.4% (IC95% 21.6%-33.81%) no considera un problema de salud al movimiento vacunofóbico. El 3.5% de la muestra (IC95% 1.13%-5.92%) se autodenomina antivacunas y el motivo principal del rechazo es "la posible aparición de enfermedades tras la vacunación" (37.5%). El 66% de la muestra asegura haber recibido información por parte de Enfermería.
4. Discusión: La vacunación es una de las estrategias preventivas más eficaces; sin embargo, en los últimos años parece estar amenazada por la corriente "antivacunas" que se argumenta y apoya en mitos y creencias sin evidencia científica. No parece que este movimiento tenga mucha influencia en nuestra muestra, aunque hemos podido comprobar en nuestro estudio que incluso los padres que aceptan las vacunas creen en esos falsos mitos. Más del 30% de la muestra cree cierta una de las falacias más extendidas y que más daño ha hecho, la relación del autismo con la inmunización expuesta por Watefield en 1998, que persiste, a pesar de que se ha demostrado fehacientemente su falsedad, alimentada por opiniones de personajes públicos de importante influencia social. El supuesto negocio tras el mundo de la vacunología, la aparente falta de necesidad de estos preparados inmunológicos o su composición toxica, son algunos de los mitos que continúan sembrando dudas respecto a la vacunación actualmente. Algunos son aceptados hasta por 2/3 de nuestra muestra. Esto supone que existe cierto grado de desconfianza hacia las vacunas y ese miedo puede ser manipulable y puede favorecer el avance de la vacunofobia. La OMS ya ha alertado acerca de las nefastas consecuencias de los movimientos "antivacunas" situándolos entre los diez principales riesgos sobre la salud pública mundial en 2019. Conocer los miedos y argumentos apoyados en falsos mitos que conducen a los padres a plantearse la opción de no vacunar es el primer paso para poder desmontarlos y realizar una adecuada educación sanitaria sobre el tema, basada siempre en la evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Piñeiro R. ¿Eres vacunofóbico? Dime, te escucho. Madrid: Undergraf; 2017.
2. Hussain A, Ali S, Ahmed M, Hussain S. The Anti-vaccination Movement: A Regression in Modern Medicine [Internet]. Cureus. [Citado 12 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6122668/>
3. Bello Orgaz G, Hernández Castro J, Camacho D. Detecting discussion communities on vaccination in twitter. Future Generation Computer Systems. 1 de Julio de 2016;66.
4. Boscan M, Salinas B, Luisa Trestini M, et al. Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. Salus. 1 de abril de 2012;16:33-41.
5. Véliz L, Campos C, Vega P. Conocimiento y actitudes de los padres en relación a la vacunación de sus hijos. Revista chilena de infectología. Febrero de 2016;33(1):30-7.
6. Piñeiro Pérez R, Hernández Martín D, Carro Rodríguez MÁ, et al. Consulta de asesoramiento en vacunas: el encuentro es posible. Anales de Pediatría. 1 de junio de 2017;86(6):314-20.
7. Aparicio Rodrigo M. Anti-vaccination: a challenge for the pediatrician. Pediatría Atención Primaria. junio de 2015;17(66):107-10.

8. Dórea JG. Low-dose Thimerosal is still used in infants` vaccines: Should we be concerned with this form of exposure? *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*. Septiembre de 2018;49:134-9.
9. Geier DA, Hooker BS, Kern JK, et al. A two-phase study evaluating the relationship between Thimerosal-containing vaccine administration and the risk for an autism spectrum disorder diagnosis in the United States. *Translational Neurodegeneration*. diciembre de 2013;2(1):25.
10. Becerra-Culqui TA, Getahun D, Chiu V, et al. Prenatal Tetanus, Diphtheria, Acellular Pertussis Vaccination and Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*. 1 de septiembre de 2018;142(3):e20180120.
11. Hviid A, Hansen JV, Frisch M, Melbye M. Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism: A Nationwide Cohort Study. *Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism*. *Annals of Internal Medicine*. 16 de abril de 2019;170(8):513-20.
12. Geier DA, Kern JK, Geier MR. Premature Puberty and Thimerosal-Containing Hepatitis B Vaccination: A Case-Control Study in the Vaccine Safety Datalink. *Toxics*. 15 de noviembre de 2018;6(4).
13. Uno Y, Uchiyama T, Kurosawa M, Aleksic B, Ozaki N. Early exposure to the combined measles–mumps–rubella vaccine and thimerosal-containing vaccines and risk of autism spectrum disorder. *Vaccine*. 15 de mayo de 2015;33(21):2511-6.

POSTER 25**AUTORES/AUTHORS:**

MARÍA CONSUELO FERNÁNDEZ DIEGO, ANA LOZANO FERNÁNDEZ, CARLOS LÓPEZ RODRÍGUEZ, CAROLINA ESTEBAN FERNÁNDEZ

TÍTULO/TITLE:

NECESIDADES SANITARIAS SENTIDAS POR PROFESORES DE EDUCACIÓN PRIMARIA EN EL CONTEXTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

1. OBJETIVO:

Determinar si existe la necesidad de personal sanitario para atender a niños con enfermedad crónica en el ámbito escolar, por parte de los profesores de educación primaria en una comunidad autónoma.

Evaluar las necesidades sentidas por el profesorado de educación primaria en este contexto.

2. METODOLOGÍA:

Estudio observacional, descriptivo, en una población de profesores de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Se incluyeron profesores de educación primaria que aceptasen participar en el estudio. Se estimó un tamaño muestral de 353 profesores, tomado como referencia un universo de 4.374 profesores (nivel de confianza de 95%, desviación tolerada del 5% y tasa de reposición del 10%). Se realizó muestreo aleatorio estratificado por conglomerados (por centros escolares, tanto públicos como concertados) de cada área de salud de la comunidad. En base al porcentaje de población infantil de los municipios se eligieron los centros educativos de forma aleatoria mediante sorteo. Para determinar la necesidad de personal sanitario se elaboró una encuesta ad hoc de 7 preguntas: 6 cerradas de respuesta única y una pregunta abierta. Se reunió al equipo docente de cada grupo para explicarles el estudio e invitarles a participar. Las encuestas fueron autocumplimentadas en papel de manera anónima y entregada en una urna. Miembros del equipo investigador recopilaban las encuestas a los 15 días tras la reunión. Los resultados se organizaron en una tabla de Excel, usando para el tratamiento estadístico el programa SPSS v20. El proyecto fue aprobado por el CEIC de la comunidad, lo cual es una garantía de que no tiene conflictos de intereses.

3. RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 38 colegios (área 1 55%, área 2 17%, área 3 25% y área 4 3%), participaron 429 profesores. El 57,3% referían necesitar personal especializado en la escuela para el manejo de enfermedades crónicas: indicando en un 84,3% que necesitarían una enfermera (10,8% auxiliar o profesor de apoyo, 4,3% psicólogo). El 28,8% indicaban haber necesitado de este personal en las actividades extraescolares y el 46,4% administrarían medicación si fuese necesario, sin embargo el 57,8% cree que no es su competencia dispensar cuidados. El 65,1% refiere necesitar una enfermera en el centro de manera continua.

En la pregunta abierta los profesores demandan (143): 64% formación específica impartida por profesionales de la salud; 45% personal sanitario para la administración de medicación; 21% necesidad de coordinación entre los estamentos familiar-educativo-médico; 12% apoyo de personal especializado no sanitario, del tipo logopeda, psicólogo o personal de apoyo; 11% requieren de medios materiales que faciliten la integración especial.

4. DISCUSIÓN:

En Cantabria fue aprobada la elaboración del Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria, por el Consejo de Gobierno del 3 de julio de 2014, que incluyó el desarrollo de objetivos tácticos y operativos para su implementación en nuestro Sistema Sanitario y Social¹. A lo largo de este Plan se nombra la metodología y modo de atención de la cronicidad en Cantabria, pendiente de tener en cuenta la cronicidad en pediatría. Los resultados obtenidos pueden orientar a las autoridades a la hora de elaborar un Plan de atención al alumnado con enfermedades crónicas, tener en cuenta aquello que el profesorado demanda y las necesidades de estos alumnos.

El proceso de escolarización es decisivo en los niños para favorecer la evolución psíquica, social y cognitiva. Si el entorno familiar es importante en los niños que padecen algún tipo de enfermedad crónica, también la escuela interviene gran parte en el desarrollo personal, afectivo y social. Por lo tanto, los profesores son un eje importante, no nos debemos olvidar de las necesidades de éstos a la hora de educar a un niño con enfermedad crónica.

La enfermera escolar es una figura no institucionalizada en España, con situaciones diferentes en cada comunidad. Nuestra muestra reclama mayoritariamente la figura de la enfermera escolar asociada a formación y medios para el manejo de alumnos con enfermedades crónicas. Existe una triada de padres - profesor - pediatra, que necesitan estar informados, cualificados y se debe realizar un feed-back sistemático, para que el alumno tenga un desarrollo educativo, social y psicológico adecuado.

Existen trabajos publicados que refieren la importancia de disponer de programas formativos dirigidos a profesores de Educación Primaria con la presencia de la enfermera escolar, una formación demandada como hemos visto en los resultados obtenidos por el propio profesorado^{2,3,4,5}. En nuestro estudio la mayoría del profesorado no cree que sea competencia suya dispensar cuidados por lo tanto, dependen de su disposición. En ocasiones las necesidades difícilmente pueden ser cubiertas por el personal docente por falta de formación y experiencia para tratar ciertas situaciones en materia de salud.

El papel de la enfermera es fundamental para el cuidado de niños con procesos crónicos para realizar funciones asistenciales, de prevención y promoción de la salud en alumnos, familiares y profesorado. Así como agente coordinador entre las familias, los centros educativos y especialistas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Artes Gráficas Quinzanos. SA XXX-2015. Disponible en: <https://www.saludcantabria.es/index.php?page=plan-de-atencion-a-la-cronicidad-2015-2019>
2. Navarro Fernandino Marta. Enfermería escolar: una revisión bibliográfica. 2016. Trabajo de fin de grado. Universitat Rovira i Virgili. Disponible en: <http://acise.cat/wp-content/uploads/2017/03/treball-de-fi-de-grau-1.pdf>
3. Campo Briz M y Alonso Peña N. Estudio sobre la necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria en Cantabria. Revista Nuberos Científica. 2013; 2(10): 39-45 [consultado 13/03/16]. Disponible en: www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica
4. Alonso Peña N y Campo Briz M Necesidad de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria. Revista Nuberos Científica. 2014; 2(13): 25-31. [consultado 11/3/16]. Disponible en: www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica.
5. Rodríguez Soriano MDC, Martín Muñoz V, López Langa N. Procesos crónicos en la escuela. Metas de Enfermería 2013; 16(2): 7.

POSTER 26**AUTORES/AUTHORS:**

Montserrat Font Artero, Montserrat Sabater Dalmau, Olga E. Fernandez Ochoa

TÍTULO/TITLE:

TERAPIA INHALATORIA EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS. DIFUSIÓN EN VARIOS IDIOMAS.

La patología respiratoria afecta a niños/as independientemente de su edad, sexo, condición racial, clase social o los límites geográficos donde se encuentren. Estas patologías se convierten en un serio problema de salud pública en el mundo, no sólo en términos de salud sino también por el impacto familiar y los altos costes que éstas implican, quedando afectadas las diferentes áreas del desarrollo del paciente y de sus familias (física, emocional, social y ocupacional). Existen múltiples factores que pueden desencadenar este tipo de enfermedades como causas ambientales, el bajo peso al nacer o la mala alimentación entre otros. Algunas de estas causas pueden ser susceptibles de modificación, una de ellas es el grado de conocimiento de las familias sobre los cuidados y el tratamiento a realizar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó en 2006 la Alianza Global Contra las Enfermedades Respiratorias: "Durante décadas las infecciones respiratorias bajas se encontraron entre las tres principales causas de muerte y discapacidad entre niños/as y adultos/as. Se estima que las infecciones respiratorias bajas causan casi 4 millones de muertes al año y es la causa principal de muertes entre niños/as menores de 5 años de edad". Siendo los lactantes y los/as niños/as pequeños particularmente susceptibles.

OBJETIVO: Describir las características fisiopatológicas y de tratamiento de los niños diagnosticados de patología respiratoria baja que acuden a nuestro centro durante el periodo de estudio del 1 enero a 31 diciembre de 2016, establecer su correlación entre las visitas de forma repetida al servicio de urgencias y los ingresos en la unidad de hospitalización.

MÉTODO: Es un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo mediante la revisión de historias a través de los informes de alta de niños/as menores de 5 años con patología respiratoria baja, atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, que pertenece a la "Xarxa Hospitalaria de utilización Pública del Servei Català de la Salut" con una población de referencia de unos 150.000 habitantes. Las variables de estudio fueron: sexo (hombre o mujer), edad (menores 4 meses, de 4 a 12 meses, de 13 a 24 meses, de 25 meses a 5 años), lengua materna (hispanohablantes/no hispanohablantes) y nº de visitas realizadas en el Servicio de Urgencias (1, 2, 3 o 4) Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas, mediante la frecuencia y/o porcentajes y las variables cuantitativas mediante, media y desviación estándar utilizando Excel.

RESULTADOS: De los 546 informes que formaron parte del estudio, un 57,51% corresponde a niños y un 42,49% a niñas. En relación a la lengua materna un 69,05% corresponden a hispano hablantes frente a un 30,95% de otros idiomas. Un dato a destacar dentro de la franja de edad del estudio es que el 53,66% eran menores de 24 meses, resaltando que un 15,02% fueron diagnosticados como Virus Respiratorio Sincitial positivo. Del total de los informes revisados solamente hay un 27,84% que han consultado por el mismo motivo en más de una ocasión dentro del mismo año. De los niños/as que requirieron ingreso (121) un 43,75% eran menores de 4 meses. Otro dato significativo a tener en cuenta es que un 85,72% de la muestra son dados de alta con inhaladores como tratamiento.

DISCUSIÓN: No se puede establecer relación entre las visitas de forma repetida al servicio de urgencias y los ingresos en la unidad de hospitalización, al menos no durante el mismo año. Casi un tercio de las visitas a urgencias son niños de lengua no hispana y la mayoría de los niños se van a domicilio con tratamiento con inhalador, esto conlleva una complicación más a la hora de realizar educación sanitaria sobre el tratamiento. Se considera importante valorar la necesidad de complementar esta educación con una hoja informativa (díptico) en las lenguas mayoritarias de nuestra área de afluencia, entregándolo en el momento del alta a los cuidadores ya que sería un elemento complementario y un refuerzo para los cuidadores por si se les presentara alguna duda en el domicilio. Actualmente se ha diseñado un díptico en castellano, catalán, árabe e inglés pendiente de implantación en nuestro centro.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales. El impacto mundial de la Enfermedad Respiratoria. –Segunda Edición.

México, Asociación Latinoamericana de Tórax, 2017.

2. Andrés Martín A., Pérez Pérez G., Navarro Merino M. Cámaras de inhalación para el niño asmático. Una actualización desde el punto de vista práctico. Sevilla: Vox Paediatrica; 2014; XXI (2): 35-52.
3. Roberto M Diblasi. Las controversias clínicas en terapia de aerosol para lactantes y niños: Respiratory Care. 2015; 60 (6): 894-916. Disponible en <http://rc.rcjournal.com/content/60/6/894>
4. Arlene M. Butz, Mona G. Tsoukleris, Michele Donithan, Van Doren Hsu, Ilene Zuckerman, Kim Elizabeth Mudd, et al. Efectividad de la educación sobre el asma Targeted-Uso del nebulizador en Underserved niños con asma. Arco Pediatr Adolesc Med. 2006; 160(6): 622-628.
5. Perez Sanz, J. Servicio de Neumología: Bronquitis y Bronquiolitis. Hospital Ramón Y Cajal, Madrid. Pediatría Integral 2016; XX(1): 28-37 <http://www.pediatria-integral.es>
6. Castillo J.A, De Benito J., Escribano A., Fernández M. García S., Garde J. Consenso sobre tratamiento del asma en pediatría. An Pediatr (Barc). 2007; 67(3): 253-73. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-consenso-sobre-tratamiento-del-asma-articulo-13108948>
7. Labori J. R., Araujo T. Modificaciones del conocimiento en pacientes asmáticos sobre el uso de los inhaladores. Aten Primaria. 2007; 39(6): 325-326.
8. Calvo C. García M.L, Casas I, Pérez P. Infecciones respiratorias virales (internet). Madrid. Servicio de Pediatría Hospital Severo Ochoa. Leganés Protocolos diagnósticos-terapéuticos de la AEP : Infectología pediátrica. Capítulo 19: 189-204. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/irsv.pdf>
9. Burgos J, Terapia inhalada sin educación, un fracaso anunciado. Arch Bronconeumol 2002; 387(7): 297-9. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org>
10. Brand, Paul L.P. Key issues in inhalation therapy in children. CMRO. 2005; 21(suppl 4). Disponible en: <https://doi.org/10.1185/030079905x61767>.
11. Díaz C. A. Educación sanitaria a padres y niños con asma. Programa de formación en asma infantil. p 49-60. https://www.researchgate.net/publication/242650235_Educacion_sanitaria_a_padres_y_ninos_con_asma
12. Velasco, H. F, Cabral, C. Z. Use of digital media for the education of health professionals in the treatment of childhood asthma. J. Pediatr (Rio j). 2015; 91(2): 183-188.

POSTER 27**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA DEL MAR REYERO HERNANDEZ, JAVIER DOMINGUEZ IGLESIAS, JOSE ANTONIO NIETO REYERO

TÍTULO/TITLE:

SEGURIDAD DE LA INMUNOTERAPIA CON VENENO DE HIMENÓPTEROS EN PACIENTES MENORES DE 14 AÑOS

Introducción

Las reacciones alérgicas a los himenópteros varían según el grado de exposición en las diferentes áreas geográficas, pudiendo ocurrir a cualquier edad, destacando que llegan a ser reacciones sistémicas en un 3% en adultos y un 1% en niños, siendo la inmunoterapia específica con alérgenos el único tratamiento que modifica el curso natural de algunas enfermedades alérgicas como en la alergia al veneno de himenópteros.

Objetivo

Conocer la tolerancia a la inmunoterapia específica con veneno de himenópteros en pacientes menores de 14 años.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, procediendo a la revisión de historias clínicas de los pacientes menores de 14 años diagnosticados de alergia a himenópteros siendo tratados con inmunoterapia específica con veneno de himenópteros durante los últimos 5 años (2014-2018) en el hospital Virgen del Puerto de Plasencia.

Resultados

Durante el periodo indicado se incluyeron a 7 pacientes ,4 niños y 3 niñas, con edad media en el momento de la reacción de 9,7 años. Del total de pacientes 3 fueron diagnosticados de alergia a veneno de Polistes,3 a veneno de Apis Mellifera y 1 a veneno de Vespula y Polistes. El 57,1% habían presentado reacción sistémica clasificación Müller grado III,el 28,5% presentaron reacción sistémica clasificación Müller grado II y el 14,2% presentaron reacción local aumentada mayor de 10 cm con duración superior a 24 horas . Respecto a la presencia de reacciones durante el tratamiento con inmunoterapia hay que destacar que el 28,5% presentaron reacciones respiratorias al inicio y mantenimiento del tratamiento,14,2% presentaron reacciones cutáneas durante el mantenimiento del tratamiento, y el 57,1% no presentaron ningún tipo de reacción.

Conclusiones

Del total de pacientes incluidos durante el periodo de nuestro estudio, se puede concluir que a pesar de que la inmunoterapia con extracto de veneno de himenópteros es un tratamiento seguro, no está exenta de riesgos. Las reacciones que tuvieron los pacientes desaparecieron y continúan actualmente con la administración de inmunoterapia con buena tolerancia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Catalá M., Gómez A., Olló B., Gurpegui M., Talens M., y Equipo de Enfermería. Seguridad de inmunoterapia con veneno de himenópteros en pauta agrupada. Perspectiva de enfermería. An. Sist. Sanit.Nav.2009;32(3):409-412.
2. Fernández J., Soriano V., Inmunoterapia con veneno de himenópteros. Alergol. Immunol.Clin.200;15:357-365.
3. Juliá Benito JC, Guerra Pérez MT. Taller de anafilaxia y presentación del Manual de anafilaxia pediátrica (MAP). Rev Pediatr Aten Primaria. 2017; 19(26): 93-100.
4. Díez Zuluaga LS; Cardona Villa R; Restrepo Colorado MN; Sanchez Caraballo JM. Inmunoterapia con alérgenos, ¿Cuándo y por qué? Iatreia.2015;28(1):55-56

POSTER 29**AUTORES/AUTHORS:**

Laia Raigal-Aran, Isabel Pallicer-Cardona, Àngel Belzunegui-Eraso

TÍTULO/TITLE:

Precariedad y consumo de drogas: una posible variable de riesgo en adolescentes de la provincia de Tarragona

Introducción: Cuando hablamos de precariedad en nuestro contexto, vamos más allá de la concepción clásica. Recientes estudios nos hablan de la repercusión de la precariedad presenta un cambio de concepción social raíz de las modificaciones socioeconómicas del país. Algunos estudios han observado la relación entre la precariedad y el riesgo de consumo de drogas en la adolescencia y el riesgo de dependencia ya en la edad adulta.

Objetivo: En este trabajo nos ponemos como objetivo determinar si existe una relación entre la precariedad percibida por parte de los adolescentes y el consumo de drogas (alcohol, borrachera *, cannabis, tabaco) en los adolescentes de la ciudad de Tarragona.

Metodología: Se trata de un estudio transversal correlacional ex post facto. Se trabaja con una muestra de adolescentes de la ciudad de Tarragona de 2.536, nacidos entre 1999 y 2000. La muestra se recogió durante el curso académico 2015-2016 a partir del cuestionario derivado del programa internacional Youth in Europe - drug prevention programeme.

Resultados: Los resultados muestran asociación significativa nula en la muestra total. Sólo se muestran asociaciones, aunque repercusión escasa en trabajar la muestra dividida por origen, habiendo una asociación entre los españoles y el consumo de tabaco, y los nacidos fuera de España en el consumo de alcohol. Aún así, se han obtenido resultados relevantes al comparar la muestra del consumo de los adolescentes Tarragonins y la muestra total de Españoles (estudio ESTUDES), y en el indicador de precariedad creado en este estudio, obteniendo resultados significativos en función del sexo .

Conclusiones: Este estudio no demuestra una relación relevante entre la precariedad percibida y el consumo de drogas, aunque aparecen nuevos elementos interesantes de estudio: la precariedad percibida en función de los sexos; y la disparidad en la tendencia de consumo entre los adolescentes tarraconenses y el resto de españoles.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alcañiz, M., & Querol, V. A. (2016). Jóvenes y trayectorias a la vida adulta. Desigualdades, retos y nuevas formas en un contexto de crisis. *Recerca. Revista de Pensament i Anàlisi.*, (16), 7–12. <http://doi.org/10.6035/recerca.2015.16.1>
- Garibay, L. P., Luisa, M., Lira, H., & Vargas Ibáñez, G. (2018). Reflexiones sobre la dinámica familiar de consumidores de alcohol y drogas desde la teoría fundamentada. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1), 311. Retrieved from www.revistas.unam.mx/index.php/repwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin
- Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2018). ESTUDES 2016-2017. Madrid. Retrieved from <https://www.adolescenciasema.org/estudes-2016-2017-encuesta-sobre-uso-de-drogas-en-enseanzas-secundarias-en-espana-ministerio-de-sanidad-servicios-sociales-e-igualdad-delegacion-del-gobierno-para-el-plan-nacional-sobre-drogas-m/>
- Vilardell Balasch, M., Hernández Sánchez, D., Molina Mula, J., González Trujillo, A., & Gelabert Binimelis, A. (2015). La atención sanitaria relacionada con el consumo de drogas en un contexto de crisis económica. *Index de Enfermería*, 24(1–2), 54–58. <http://doi.org/10.4321/s1132-12962015000100012>

POSTER 32**AUTORES/AUTHORS:**

DANIELA CELIA MONTESDEOCA RAMÍREZ, JOSÉ CARMELO HENRÍQUEZ VENTURA

TÍTULO/TITLE:

Creencias y percepciones de un grupo de jóvenes sobre el consumo de tabaco en shisha.

1.- Objetivos

Identificar el nivel de conocimientos sobre el consumo de tabaco en pipa de agua o shisha. Informar y sensibilizar sobre este hábito y sus efectos adversos a un grupo de jóvenes de una zona de salud de Gran Canaria, mediante una intervención educativa. Evaluar los conocimientos adquiridos tras la intervención educativa.

2.- Método

Tras obtener el consentimiento informado del centro educativo, se planteó una intervención educativa grupal en un instituto de Gran Canaria, durante el mes de enero de 2018, con una frecuencia semanal, usando varias herramientas como material didáctico, combinando charlas y talleres entre otros. El grupo fue conformado por 50 estudiantes de 1º de bachillerato, la participación estuvo sujeta a la voluntariedad del alumnado, previo consentimiento informado de padres y tutores. Para conocer el consumo de tabaco en shisha, se usó un cuestionario, usado en un estudio con una población similar (1), añadiendo preguntas relacionadas con el nivel de conocimiento, creencias y percepciones sobre esta modalidad de consumo, antes y después de la intervención. Para el análisis estadístico se usó el programa The R Project for Statistical Computing versión 3.1.1. Se determinó la distribución de frecuencias para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Se usó el test de la χ^2 para comparar los porcentajes. El contraste de hipótesis se consideró estadísticamente significativo cuando el p-valor fue inferior a 0,05.

3.- Resultados

Participaron en la intervención 50 estudiantes (37% hombres y 63% mujeres). El 100% refirió no ser fumadores de cigarrillos. El 80% de los participantes manifestaron haber probado la shisha alguna vez, en compañía de amigos (62%) y fines de semana (70%), para paliar el estrés (30%) y por curiosidad (25%). Más de 30% solo usaron vapor de agua aromatizada o tabaco sin nicotina. El 55% considera que no es nocivo para la salud como los cigarrillos, al contener sustancias naturales y no irritar los bronquios, disponer de filtro como el vapor de agua, no tener nicotina y no generar adicción, frente al 45% que opinan lo contrario. Más del 90% opinan que fumar con pipa de agua está más aceptado por la sociedad y por la propia familia. El 42% lo relacionan como una oportunidad de integración social. Tras la intervención más del 93% reconocieron que este hábito es perjudicial para la salud, teniendo mayor impacto si se hace en espacios cerrados (80%); más del 75% reconocieron los componentes químicos del tabaco aromático (frente al 10% inicial). El 100% reconocen que el tabaco y el humo de este dispositivo contienen sustancias nocivas, frente al 55% inicial.

4.- Discusión

Los datos de nuestra intervención ponen de manifiesto que el 80% de los estudiantes de bachillerato han fumado en alguna ocasión tabaco en pipa de agua. Este dato es muy superior a la prevalencia encontrada por otros autores en el mismo contexto geográfico (1,2). Por el contrario, ninguno de los participantes declaró ser fumador de cigarrillos. Otros estudios, han puesto de relieve que el consumo de cigarrillos en este grupo de edad ha disminuido, incrementándose otras formas de consumo como este (3,4). El sistema de creencias juega un rol fundamental en los hábitos y estilos de vida, más del 50% cree que este hábito no es nocivo como si lo es el consumo de cigarrillos. Esta baja percepción del riesgo para la salud se manifiesta por el vapor de agua aromatizada, al tratarse de sustancias naturales, el sabor y aroma afrutado (5-7), tabaco sin nicotina y por tanto menos adictivos que los cigarrillos, siendo una opción de consumo más saludable (8). Diversos autores, consideran que la aceptación social (4,5,9) de este tipo de consumo ha contribuido a su uso entre los jóvenes, siendo aceptados también por los amigos. En relación con la tolerancia por parte de la familia, investigaciones reflejan que son apoyadas frente a la prohibición del consumo de cigarrillos (7). Esto puede guardar relación y

explicaría el nivel de aceptación sociofamiliar percibido por el 90% de nuestros estudiantes, así como ser un hábito relacionado con escenarios y momentos de socialización (amigos y fines de semana). La mayoría de los estudiantes de nuestro estudio muestran opiniones concordantes con estos resultados.

En este contexto, desde Atención Primaria, se debería implementar de manera continua e intersectorial, actividades encaminadas a sensibilizar a este grupo poblacional sobre los riesgos para la salud de esta nueva forma de consumo. La baja percepción que se tiene sobre el impacto en la salud, así como la elevada aceptación socio-familiar percibida por lo jóvenes, puede generar problemas de salud mayores relacionadas con estas creencias erróneas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- 1.- Jorge-Araujo P. Consumo de tabaco en pipa de agua en un grupo de alumnos de Formación Profesional. *Metas de Enfermería* [Internet] 2015[Consultado 6 mayo 2019];18 (10):10-18. Disponible en: <https://bit.ly/2MOMIGP>
- 2.- Jorge-Araujo P, Torres M, Marrero M, Navarro C. Creencias y actitudes de adolescentes españoles hacia el consumo de tabaco en pipa de agua. *Enferm Glob* [Internet] 2018 [Consultado 6 mayo 2019];17 (50): 76-85. Disponible en: <https://bit.ly/2KotdD8>
3. Huang L-L, Sutfin EL, Kowitt S, Patel T, Ranney L, Goldstein AO. Trends and correlates of Hookah Use Among High School Students in North Carolina. *NC Med J*. [Internet] 2017 [Consultado 6 mayo 2019]; 78 (3): 149-155. Disponible en: <https://bit.ly/2ZIBeYX>
4. Sikander M, Shahid N, Ain Q. Shisha... Modern society killer. *JPMA* [Internet] 2014 [Consultado 6 mayo 2019]; 64 (5). Disponible en: <https://bit.ly/2P2nV4T>
5. Azodi F, Sharif F, Azodi P, Shirazi ZH, Khaili A, Jahanpour F. The reasons of tendency toward hookah smoking among teens and youth in Iran- A qualitative study. *J Pharm Sci Res* [Internet] 2017 [Consultado 16 mayo 2019]; 9 (9): 1642-1646. Disponible en: <https://bit.ly/2Tf1VSF>
6. Maziak W. The global epidemic of waterpipe smoking. *Addictive Behaviors*. 18 [Internet] 2011 [Consultado 3 febrero 2019]; 36(1-2): 1-5. Disponible en: <https://bit.ly/2Kr5DpD>
7. Eshah NF, Froelicher ES. Knowledge, attitudes, beliefs and patterns of waterpipe use among Jordanian adults who exclusively smoke waterpipes. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet] 2018 [Consultado 23 febrero 2019]; 17(1): 85-92. Disponible en: <https://bit.ly/2Tg5Hv2>
8. Barnett TE, Livingston MD. Hookah use among adolescents: Differential cognitions

about hookah and cigarettes. *Addict Behav* [Internet] 2017 [Consultado 26 mayo 2019]; 75: 75-78. Disponible en: <https://bit.ly/2Kxl2Cm>

9. Maziak W. The Waterpipe: Time for Action. *Addiction* [Internet] 2008 [Consultado 22 mayo 2019];103(11): 1763-1767. Disponible en: <https://bit.ly/2ZJVo4L>

POSTER 37**AUTORES/AUTHORS:**

ROSA CABEDO FERREIRO, M^a MERCEDES VICENTE HERNÁNDEZ, MIRIAM GÓMEZ MASVIDAL, LAURA MONTERO PONT, AZAHARA REYES LACALLE, GEMMA FALGUERA PUIG, JOSEP MARIA MANRESA DOMÍNGUEZ, MARGALIDA COLLDEFORN VIDAL, CARLOS POLANCO DURÁN

TÍTULO/TITLE:

INTERRUPCIÓN FARMACOLÓGICA VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVEF): características y valoración del proceso por las usuarias.

ANTECEDENTES

Desde la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) durante las primeras 14 semanas del embarazo¹, los centros de ASSIR del Institut Català de la Salut (ICS) realizan la IVE de forma farmacológica, sin necesidad de intervención quirúrgica ni anestesia garantizando la continuidad asistencial, dentro de la atención primaria y sin necesidad de ingreso.

Tras la demanda de la IVE por parte de la usuaria, ésta firma el consentimiento informado y se espera los tres días de reflexión obligatorios mínimos marcados por la LO 2/2010; se data la gestación y se administra 200 mg de mifepristona oral y a las 24-48 h la usuaria se auto-administra 800 mg de misoprostol bucal o vaginal junto con analgésicos. Actualmente se ofrece hasta los 63 días (9 semanas)².

Para planificar opciones de mejora y aumentar la calidad del servicio, se quiere cuantificar el grado de satisfacción que las mujeres tienen de este proceso, ya que los estudios de la satisfacción percibida de las usuarias y la calidad del servicio actualmente son indispensables. Las personas satisfechas continúan vinculadas a los servicios sanitarios, tienen mayor cumplimiento del tratamiento y mejores resultados³.

La finalidad de este proyecto es poder disponer de un instrumento validado, específico para medir la satisfacción y calidad del servicio de las mujeres usuarias que solicitan una IVEF. Se ha usado en este estudio el modelo SERVPERF^{4,5,6,7} como soporte teórico. La presentación expone resultados de las variables del proceso.

Objetivos

- Describir el perfil sociodemográfico de las usuarias.
- Analizar las variables del proceso: percepción del dolor y sangrado, el nivel de ansiedad, el sentirse juzgada y la repercusión personal y en las relaciones familiares que ha supuesto el IVEF.

Métodos

Estudio descriptivo realizado en los 7 centros de ASSIR del Área Metropolitana Norte de Barcelona.

Sujetos: Mujeres que acuden solicitando una IVEF (Art. 14, Ley Orgánica 2/2010)¹

Variables: Sociodemográficas. Se diseña un cuestionario de 26 preguntas adaptadas del modelo SERVPERF⁴ y orientándolas al contexto específico del estudio, para medir la calidad a través de 6 dimensiones: tangibilidad, accesibilidad, cortesía, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Escala consensuada por un grupo de expertos. Para la validación se realizó un retest del cuestionario a 40 personas. En esta comunicación se exponen los resultados referidos a percepción del dolor y sangrado, el grado de ansiedad, el sentirse juzgada y repercusión personal y en las relaciones familiares (6 de los 26 ítems de la escala). Las respuestas siguen el formato tipo Likert:

Resultados

Se han reclutado 323 casos, de los cuales completaron estudio 259 (19.8% de pérdidas). El trabajo de campo fue de Junio de 2018 a Abril de 2019.

El 65.7 % (213) de las participantes son españolas. El 73% (81) de la muestra extranjera son procedentes de Centro-Sud América. La media de Edad es de 29.1 años, DS 6.999 (16-49).

El 60.5 % (196) trabajan. Viven en pareja o en familia el 85.9%; Vive sola el 8.3% y en piso compartido 4.6%. Sin ningún tipo de soporte social un 4.9%. 150 casos (48.4%) no tienen hijos. 23,6% y 22 % tienen 1 y 2 respectivamente.

Para el 54.7 % (174) era el primer aborto, el 25,8% tenían uno previo, el 19.5% más de uno.

El 38% de las usuarias manifiesta no haberse protegido en esa relación sexual y el 9.8% refiere haber usado anticoncepción de emergencia en el último ciclo.

84 mujeres (26%) reconoce no usar método anticonceptivo habitualmente y un 49.8% utiliza el preservativo.

Para el 52.1% el dolor percibido fue moderado-excesivo y solo un 8.6% lo cataloga como inapreciable. El nivel de ansiedad alcanza niveles moderado-excesivo en el 39.8%, siendo tolerable para un 27.3 y poco –inapreciable para un 32.8%.El sangrado moderado-excesivo para un 64.2%.

La repercusión en sus relaciones familiares la describen como poca o inapreciable el 55.3% y en la repercusión en la vida del 43%. El 76% de las usuarias refiere como inapreciable el hecho de sentirse juzgada por el personal.

Volvería al mismo centro ASSIR el 82.9% (214) de las encuestadas con toda seguridad y 0.8% en absoluto. Recomendaría a una amiga el IVEF con toda seguridad un 71,2% (183) mientras un 1,9% en absoluto.

Discusión

La IVEF es un proceso ampliamente aceptado por las usuarias y lo recomendarían a otras mujeres si estuvieran en esa situación. La gestión sanitaria potencia la IVEF por efectividad⁸ versus la IVE quirúrgica; Estos resultados señalan que las usuarias también la consideran una buena opción, similar a un estudio de China⁹.

Los resultados en la percepción del dolor y el sangrado, llevan a plantearse la revisión del protocolo. Proponiendo una analgesia más eficaz y de mayor duración.

Mejorar la educación sanitaria (dar más información sobre el proceso, información del tipo de sangrado, del dolor esperado antes de la interrupción, de los efectos secundarios, de la evolución habitual, etc.) influirá positivamente en el resultado final de la valoración que haga la usuaria de todo el proceso.

No hay diferencias en soporte social y la repercusión en la vida ni sentirse juzgada.

El presente estudio no posee conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>
2. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs farmacològica fins les 63 dies d'embaràs. 2014
3. Donabedian A, White KL, Salud OP de la. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. OPS Publicación Científica. Organización Panamericana de la Salud; 1992;(534):382–404.
4. Cronin Jr JJ, Taylor SA. SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. J Mark. JSTOR; 1994; 125–31
- 5.- Cabello E., Chirinos j. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev Med Hered. 2012; 23(2):88-95.
- 6.- Varela J., Rial A., Gracia E. Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria. Psicothema 2003. Vol. 15, nº 4, pp. 656-661
- 7-Gómez-Besteiro MI, Somoza-Digón J, Einöder-Moreno M, Jiménez-Fraga MN, Castiñeira-Pereira S, Feijoo-Fuentes ML. Calidad de Atención en salud percibida por los pacientes en un centro de salud urbano de A coruña. Enferm Clin. 2012; 22(4):182-190.
- 8- Harwood B, Nansel T for the National Institute of Child Health and Human Development Management of Early Pregnancy Failure Trial. Quality of life and acceptability of medical versus surgical management of early pregnancy failure. BJOG 2008; 115: 501-508.
- 9- Pack Chung Ho. Women's perceptions on medical abortion. Contraception 74 (2006) 11 – 15

POSTER 38**AUTORES/AUTHORS:**

María Rosa Rozas García, María Ángeles Saz Roy, Carmen Terré Rull

TÍTULO/TITLE:

La salud maternoinfantil en la numismática mundial

Introducción: La Numismática es la afición y el arte de coleccionar monedas y billetes de distintas épocas y culturas. Desde el punto de vista de los estudios históricos de la salud, la moneda ofrece una información documental directa, amplia y completa. Es un objeto de elevado contenido simbólico e ideológico que permite observar la historia de las sociedades y conocer la importancia que éstas conceden a la salud, mediante el estudio iconológico de las emisiones relacionadas con el tema.

La salud de las mujeres durante el embarazo y el parto así como la salud infantil son cuestiones importantes por su implicación en el bienestar familiar, económico y social a nivel mundial. Preservarlas y promocionarlas son objetivo primordial de las instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud o la Organización de Naciones Unidas y UNICEF.

Objetivo: Identificar y analizar el contenido simbólico de las monedas más representativas a nivel mundial donde se represente algún motivo relacionado con la salud maternoinfantil en cualquiera de sus etapas.

Metodología: Estudio cualitativo histórico-iconográfico en el que se aplicó la metodología de Panofski. Se analizó el catálogo numismático Krause World-Coins hasta 2018, y los catálogos en red Colnect y Numista. También se realizó una búsqueda en bases de datos numismáticas internacionales y en Internet utilizando los términos "coin (or) numismatics and health (or) nursing (or) baby/infant". Tras localizar veinticinco monedas de utilidad para la investigación, se seleccionaron dieciocho por su relevancia, emitidas entre los años 1971-2018 y posteriormente se procedió su análisis iconográfico.

Resultados: En los grabados observamos diferentes representaciones de los cuidados maternoinfantiles que van desde la imagen del embarazo, la presencia de enfermeras y médicos junto a la mujer o al niño, la práctica de la lactancia materna y la promoción de la adecuada nutrición infantil. También aparecen hospitales y material sanitario como: un estetoscopio, un bote de antiséptico o un microscopio. Además se reconocen profesionales con nombre propio que realizaron una valiosa contribución a la salud maternoinfantil, como la enfermera a Sophie Mannerheim (1863-1918) y el pediatra Arvo Ylppö (1887-1992), ambos finlandeses, o el médico húngaro Ignaz Semmelweis (1818-1865), el austríaco Clemens von Pirquet (1874-1929) y el virólogo estadounidense Jonas Salk (1914-1995).

Los niños se hallan representados desde el nacimiento hasta la infancia. La madre y las enfermeras muestran una actitud de gran ternura hacia los niños y solo en dos ocasiones encontramos la presencia del padre implicado en el cuidado familiar. Se utilizan indistintamente primeros planos de la madre, el niño o de los profesionales cuidadores y planos generales más amplios.

Discusión: En el análisis iconológico podemos afirmar que la representación de escenas del cuidado maternoinfantil simboliza la maternidad, el cuidado infantil enfermero o el cuidado médico maternoinfantil. Estos temas han sido utilizados por los gobiernos para conmemorar diferentes eventos como el Año Internacional del Niño, aniversarios de Naciones Unidas o de la OMS, campañas de la FAO, de medicina y salud, de desarrollo social de la mujer y el niño, inauguración de hospitales, y el homenaje a personajes ilustres que contribuyeron al fomento y desarrollo de la salud maternoinfantil. Se resalta la lactancia materna como una saludable práctica alimentaria durante la infancia y una protección de la salud por parte de los profesionales implicados en el cuidado maternoinfantil. Los tributos personalizados corresponden a la enfermera finlandesa Sophie Mannerheim, quien trabajó para desarrollar las prácticas de enfermería y promover el bienestar de los niños junto con el médico pediatra Arvo Ylppö fundando la Liga Mannerheim para el bienestar infantil. También se reconoce la labor del médico húngaro Ignaz Semmelweis, que estableció una estricta norma de higiene que incluía el lavado de las manos con una solución de cloruro de calcio antes de examinar a las embarazadas y que contribuyó sustancialmente a la disminución de la fiebre puerperal. Por último se realiza un homenaje al médico y virólogo estadounidense Jonas Salk, principalmente reconocido por su aporte a la vacuna contra la poliomielitis y al pediatra austríaco Clemens von Pirquet por sus investigaciones sobre la vacuna de la viruela.

A modo de conclusión podemos manifestar que, considerando que la salud materno-infantil es el reflejo del desarrollo de un país y de su sistema de salud, y que las monedas son unos magníficos elementos de propaganda y difusión, las piezas presentadas en este estudio reflejan un interés social en el cuidado maternoinfantil por parte de los países emisores. Asimismo destacamos el homenaje público de gratitud a la labor de enfermeras y médicos implicados en dicho cuidado a través de la numismática mundial. Coincidimos con otros autores en que, dado que las monedas se comportan como una válida y original fuente alternativa de estudio para la construcción de la Historia de la salud y de los Cuidados, consideramos la necesidad de seguir explorando líneas de

investigación en este campo.

El presente estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Casas Pla, J. (2015). La numismática moderna y las ciencias de la salud. Anman Gràfiques del Vallés: El Prat de Llobregat

Reyes-Revuelta, J.F. (2017). Imagen y reconocimiento de enfermeras ilustres a través de las monedas del mundo. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(49). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.10>

Reyes Revuelta, J.F. (2015). Imagen de la lactancia materna a través de la numismática contemporánea. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.10>>

Guerra, J.E., y Martínez, C.M. (2009). La Numismática. Fuente de Investigación para la Historia de los Cuidados. *Temperamentvm*, 10. Disponible en <http://www.indexf.com/temperamentum/tn10/t7227.php>> Consultado el 8 de diciembre de 2016.

Santo Tomás M. et al. (1997). Iconografía y Enfermería. Un instrumento para la investigación histórica. *Index de Enfermería*, 19, 13-16.

POSTER 39**AUTORES/AUTHORS:**

Laura Bascuñana Sanchez, Angeles Peñuelas Saiz, Jonatan Quijada Avila, Emilia Miro Andreu, Miriam Barreu, Francisco JAVier Ruiz, Isabel Magallón Pedreira, Julia Salvador Lodosa

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de los cuidados al paciente oncológico portador de catéter central de inserción periférico

Objetivo general

Analizar los resultados de la actividad enfermera en la inserción y en los cuidados de los pacientes adultos oncológicos portadores de un catéter central de inserción periférica (PICC)

Específicos

Identificar el número de catéteres colocados sin incidencias.

Identificar el número de catéteres comprobados por cada técnica diferente.

Identificar los motivos de retirada del catéter.

Identificar la durabilidad de la vida de los catéteres.

Identificar el número de profesionales expertos en la colocación.

Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de los PICC colocados a los pacientes adultos oncológicos hospitalizados y de atención ambulatoria durante los últimos 8 años, por enfermería del hospital de día oncológico del hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Los análisis de los datos se han efectuado con el programa STATA 15.1.

Criterios de inclusión: pacientes adultos oncológicos en tratamiento de antineoplásico; pacientes adultos oncológicos con acceso venoso limitado; pacientes adultos oncológicos con tratamiento de alta osmolaridad. Criterio de exclusión: paciente oncológico adulto paliativo.

Variables del estudio: lugar de colocación, incidencias durante la inserción, longitud del catéter, tipo de comprobación, motivo de la retira, durabilidad.

Resultados

Desde el 25 de septiembre del 2012 hasta mayo del 2019 se han realizado 2.225 inserciones de catéteres resultado 1.932 (95,08%) colocados con éxito, y solo 100 (4,92%) que por la anatomía del paciente el catéter no progresó y no se les pudo colocar. Se han especializado un total de 8 diplomados de enfermería durante este tiempo.

La vida media de los catéteres fue de 178,75 días siendo su longitud de unos 38.8cm de media.

El mayor porcentaje de colocaciones se efectuaron en el brazo derecho 1.518 (70,28%).

Los principales motivos de retirada fueron por fin de tratamiento 1.316 (64,26%), por exitus hubo 273 pacientes (13,33%) y a 59 pacientes (2,88%) se les retiró para colocarles una port a cath.

La principal complicación que tuvieron 89 pacientes fue la infección (4,35%), resultado positivo el cultivo de la punta del catéter el 65,38%.

A partir del 2016 se colocaron 611 catéteres (84,63%) mediante la comprobación de la punta del catéter a través de un sistema con electrocardiograma.

Discusión

Podemos decir que los cuidados de enfermería realizados a los pacientes portadores de un PICC: técnica estéril en la manipulación del catéter; cura y recambio de heparinización cada 15 días; mantenimiento de la permeabilidad mediante con la técnica stop push de presión positiva han contribuido a alargar su vida media y disminuir el riesgo de complicaciones.

La longitud media de los catéteres nos indica que se han colocado en un acceso venoso de mayor calibre (tercio superior del antebrazo) asegurando el mínimo riesgo de complicaciones para el paciente durante la infusión del tratamiento.

Consideramos que la colocación de los PICC mediante comprobación por electrocardiograma, nos permite alojarlos con más precisión en la unión vena cava superior -aurícula, asegurando una ausencia de desplazamiento del mismo hacia yugular si el paciente realiza algún movimiento de hiperextensión. A diferencia de la comprobación por radiografía de tórax, que se coloca en 3-4 espacio intercostal habiendo más riesgo de desplazamiento accidental.

Declaramos que el estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Queensland Government. Guideline. Peripherally inserted central venous catheters. Department of Health. Queensland; 2018. 1-28 p.
- Cales YK, Rheingans J, Steves J, Moretti M. Electrocardiogram-Guided Peripherally Inserted Central Catheter Tip Confirmation Using a Standard Electrocardiogram Machine and a Wide-Mouth Electrocardiogram Clip Compared with Traditional Chest Radiograph. *J Assoc Vasc Access* [Internet]. No longer published by Elsevier; 1 març 2016 [citad 20 març 2019];21(1):44-54. Recuperat de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1552885515003098>
- Uso del catéter central de inserción periférica, cuidados posteriores- ClinicalKey [Internet]. [citad 20 març 2019]. Recuperat de: https://www.clinicalkey.es/#!/content/patient_handout/5-s2.0-pe_ExitCare_DI_PICC_Insertion_Care_After_es
- Vidal V, Muller C, Jacquier A, Giorgi R, Le Corroller T, Gaubert JY, et al, Évaluation prospective des complications des PICCs. *Éditions Françaises de Radiologie* 2008; 495-498.
- Allen AW, Megargell JL, Brown DB, Lynch FC, Singh H, Singh Y, Waybill PN. Venous thrombosis associated with the placement of peripherally inserted central catheters. *J Vasc Interv Radiol* 2000; 11(10):1309–1314
- Black IH, Blosser SA, Murray WB. Clinical factors associated with the development of phlebitis after insertion of a peripherally inserted central catheter. *Nurs* 1999; 22: 36-42
- Kyle SK, Myers JS. Peripherally inserted central catheters: Development of a hospital based program. *J Intraven Nurs* 1990; 13: 347-351
- Markel S, Reynen K. Impact on patient care. 2652 PIC catheter days in the alternative setting. *J Intraven Nurs* 1990; 13: 347-51
- Ng PK, Ault MJ, Ellrodt AG, Maldonado L. Peripherally inserted central catheters in general medicine. *Mayo Clin Proc* 1997; 72: 225-33
- Sherertz RJ et al. The risk of peripheral vein phlebitis associated with chlorhexidine-coated catheters: a randomized, double-blind trial. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997; 18: 230-6.
- Bottino J, McCredie KB, Groschel DHM, Lawson M. Long-term intravenous therapy with peripherally inserted silicone elastomer central venous catheters in patients with malignant diseases. *Cancer*, 1979; 43: 1937–1943

POSTER 42**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Provenzano, Cesar Ivan Aviles Gonzales, Maria Pisu, Rita Pinna

TÍTULO/TITLE:

"¿Qué es importante para tí?" Participación del paciente en el proceso diagnóstico terapéutico del cáncer colorrectal

Objetivo: Indagar la percepción del paciente con cáncer colorrectal con relación a su experiencia, sus esperanzas y sus perspectivas en el proceso diagnóstico terapéutico del carcinoma colorrectal en el Hospital Universitario AOU de Cagliari con el fin de incrementar la participación del paciente al mismo proceso.

Métodos: Estudio cualitativo fenomenológico realizado a través de entrevistas narrativas en una muestra intencional, hasta saturación de datos, para investigar las experiencias, expectativas y esperanzas de los pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal en espera de cirugía. Las entrevistas se transcribieron textualmente y se analizaron de acuerdo con el método de Colaizzi.

Resultados: Se encontró, como preliminar una buena predisposición de los participantes en el diálogo y contar sus historias (nadie rechazó la entrevista). Se han identificado cinco categorías temáticas:

- tabú de la palabra cáncer;
- la continuidad de las costumbres de vida;
- el rechazo de las emociones negativas;
- la actitud de "hacer lo que hay que hacer"
- la calidad percibida de los servicios sanitarios.

Las entrevistas desvelan una actitud pasiva o como máximo reactiva, buenas estrategias de afrontamiento y un buen sistema de apoyo familiar, ante una evaluación deficiente de la complejidad de la patología oncológica y de la planificación a largo plazo. Conceptos de excelencia en relación de la atención percibida que ha sido expresadas en términos de amabilidad, confianza y disposición para la explicación y el diálogo.

Discusión: De los resultados del estudio surge la "tarjeta de participación" del paciente, un instrumento inspirado en el movimiento internacional "What matters to you?" Destinado a proporcionar a los profesionales de la salud una forma de establecer relaciones terapéuticas significativas con los pacientes. Las historias de experiencias de enfermedades similares en otros pacientes, apoyan a los pacientes con cáncer para hacer frente a su enfermedad y fomentar esperanza y confianza.

La tarjeta de participación está formada por 3 partes. En la primera los profesionales sanitarios expresan lo que es importante para ellos: calidad de la asistencia, tempestividad en la diagnosis, eficacia y eficiencia, plan de cuidado concertado, exámenes apropiados. La segunda parte cuenta lo "que es importante según nuestros pacientes". Se decidió extrapolar las frases más significativas de las entrevistas, modificando los datos personales para proteger la privacidad. Se establece así una comunicación de paciente a paciente. En último, en la tercera parte, el paciente al que viene otorgada la tarjeta de participación tiene el espacio blanco para contestar a la pregunta "¿qué es importante para tí?" y una vez rellanados los espacio con su propia respuesta puede, si lo desea, devolver la tarjeta a los profesionales sanitarios que tendrán así manera de conocer mejor las preferencias de los propios pacientes y mejor proyectar y actuar el plan de asistencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Abdelhak M. Patient engagement: Opportunities and challenges for nursing and health care professionals. *Stud Health Technol Inform.* 2016;225:707–9.

Greene J, Hibbard JH, Sacks R, Overton V, Parrotta CD. When Patient Activation Levels Change, Health Outcomes And Costs Change, Too. *Health Aff [Internet].* 2015 Mar 1 [cited 2018 May 4];34(3):431–7. Available from: <http://content.healthaffairs.org/cgi/doi/10.1377/hlthaff.2014.0452>

WHO. Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care. *World Heal Organ.* 2016;4(28).

Menichetti J, Libreri C, Lozza E, Graffigna G. Giving patients a starring role in their own care: a bibliometric analysis of the on-going literature debate. *Heal Expect.* 2016;19(3):516–26.

- Graffigna G, Barelo S, Triberti S. Patient Engagement A Consumer-Centered Model to Innovate Healthcare. 2015.
- Graffigna G, Barelo S, Riva G, Castelnuovo G, Corbo M, Coppola L, et al. Promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di consenso italiana. *Recenti Prog Med*. 2017;108:455–75.
- PIERA P. La partnership. *Salut E Territ*. 2010;183.
- Recchia G, Barbon Galluppi R, Mazzariol S, Taranto C. Paziente esperto: da passeggero a co-pilota della ricerca terapeutica? *forward*. 2016;3:15–6.
- Friesen-Storms JHHM, Bours GJJW, van der Weijden T, Beurskens AJHM. Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015;52(1):393–402. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.012>
- NAQC. Fostering successful patient and family engagement: nursing's critical role. Sofaer, Shoshanna Schumann, Mary Jean [Internet]. 2013;1–32. Available from: <http://www.naqc.org/WhitePaper-PatientEngagement>
- Graffigna G, Pitacco G, Mislej M, Cortale M, Provenzi L. An Educational Intervention to Train Professional Nurses in Promoting Patient Engagement: A Pilot Feasibility Study. 2017;7.
- Worster B, Holmes S. The preoperative experience of patients undergoing surgery for colorectal cancer: A phenomenological study. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2008;12(5):418–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2008.05.007>
- Sabay TB, Gray RE, Fitch M. A qualitative study of patient perspectives on colorectal cancer. *Cancer Pract* [Internet]. 2000;8(1):38–44.

POSTER 45**AUTORES/AUTHORS:**

Daniel Veiga Fernández, Maria Paz Guevara Carrasco, Elena Pardo Gonzalez, Rosa M^a Mombiela Vidal, Montserrat Fabregas Mitjans, Alicia Hernández García

TÍTULO/TITLE:

Educación en el debut diabético- Evaluar para avanzar

La educación que se proporciona en el debut diabético pediátrico durante su ingreso en el Hospital del Mar se registra en las trayectorias informatizadas (creadas con metodología Nanda-NIC-NOC) (1). Esta educación la realiza la enfermera referente y la refuerza el resto de personal de la unidad de pediatría. En la trayectoria hay actividades donde se registra la información o material educativo proporcionado y otras donde se evalúa a nivel basal y al alta el logro alcanzado.

Objetivo:

Evaluar el conocimiento y habilidades en la gestión de la diabetes de los pacientes pediátricos hospitalizados por debut diabético, al alta hospitalaria.

Métodos:

Diseño descriptivo, transversal y retrospectivo

Sujetos y ámbito de estudio: todos los pacientes con diagnóstico de debut diabético ingresados en la unidad de pediatría del Hospital del Mar en el periodo comprendido entre enero 2017 hasta diciembre 2018.

Variables: sociodemográficas (edad y sexo), realización de educación programada y entrega de documentación (Realizada/No realizada) y los indicadores para evaluar los conocimientos/habilidades (1:Participa en las decisiones de los cuidados sanitarios, 2:Selecciona raciones compatibles con la dieta prescrita, 3: Descripción del plan de comidas prescrito, 4: Cómo utilizar un dispositivo de monitorización, 5:Técnica adecuada para preparar y administrar insulina, 6:Procedimientos a seguir para tratar la hipoglucemia).

Todos estos indicadores se han evaluado en una escala Likert de 5 ítems (1=total desconocimiento-5= conocimiento adquirido)

Los datos se recogieron a través de la trayectoria de enfermería informatizada con terminología Nanda-NIC-NOC que utilizan de manera habitual las enfermeras.

Se hizo un análisis descriptivo de cada actividad /indicador estudiado.

Resultados:

Hubieron 10 casos con una edad media de 10 años (DE3,98) y un 40% de niñas.

En el 100% de los casos se dio la educación programada y documentación a los padres y niños.

El no registro de los indicadores fue del 56% (Rango 20% -71.43%). De la muestra con registros, el 100% participó en las decisiones de sus cuidados sanitarios y fue capaz de utilizar un dispositivo de monitorización. El 66% no mostró conocimientos sobre el plan de comidas y un 71.43% no tenía conocimiento para tratar la hipoglucemia. Un 75% eran capaces de preparar y administrar insulina y en un 71.42% de los casos, también de seleccionar raciones compatibles con la dieta prescrita.

Discusión: La falta de registro no permite conocer el nivel de conocimientos/habilidades de los pacientes pediátricos al alta hospitalaria después de su debut, pero sí que podemos concluir que no todos los pacientes (o familias) salen con los niveles mínimos deseados para una buena autogestión. En la mayoría de los casos las enfermeras usaron el curso clínico para el registro con la imposibilidad de ser medidos. Este estudio, nos evidencia la necesidad de una mayor formación a las enfermeras acerca de la importancia de la cumplimentación de los registros, así como la revisión del impacto de las actividades realizadas para poder mejorar los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**Bibliografía:**

Moorhead, S.; Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª edición 2008; Ed. Elsevier

POSTER 46**AUTORES/AUTHORS:**

Carolina Lapena Estella, Clarisa Digon Blanco, Rosa Aznar Vilella, Ana Isabel Garaikoetxea Iturriria, Jose Luis del Val Garcia, Vicencia Laguna Fernandez

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de un protocolo de atención integral a la Diabetes Mellitus tipo 2 y comorbilidades en Atención Primaria

La diabetes tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica muy prevalente en nuestro entorno. Suele coexistir con otras enfermedades crónicas. Si bien la intensificación de medicamentos en el momento del nuevo diagnóstico ha demostrado ser eficaz, no se ha demostrado que la intensificación de la educación integral en salud sea efectiva. Actualmente, existe una gran variabilidad en las prácticas de las enfermeras de Atención Primaria frente a la educación para la salud en el momento del nuevo diagnóstico de DM2.

Objetivos:

Evaluar la efectividad de un protocolo sistemático de atención integrada en personas con DM2 recién diagnosticadas y con comorbilidades asociadas en términos de calidad de vida relacionada con la salud, desarrollo de parámetros biológicos (HbA1c y peso) y cumplimiento del plan terapéutico.

Demostrar que al intensificar las medidas higiénico-dietéticas en la etapa inicial del diagnóstico de DM2, se logra un mejor control de la enfermedad y las comorbilidades asociadas.

Disminuir la variabilidad en la atención ofrecida por las enfermeras de atención primaria a las personas de este grupo.

Métodos:

Diseño cuasi-experimental, comparando un grupo que participa en la intervención (GI) con un grupo similar que recibe atención habitual (GC). Datos recopilados al inicio, al final de la intervención y tras 6 y 12 meses. 10 centros de atención primaria en la ciudad de Barcelona fueron aleatorizados en GI y GC. Se consideró necesario incluir 123 pacientes en GI y 123 en GC, entre 18 y 80 años. Intervención: 5 visitas después del diagnóstico en la consulta de enfermería de los Centros de Atención Primaria. La educación diabetológica se trabajará con el paciente y su familia. Se entregará un manual para la educación sanitaria. Este material de apoyo fue validado previamente con un grupo de pacientes, educadoras en diabetes hospitalarias y enfermeras de atención primaria.

Resultados:

Actualmente, hemos iniciado el ensayo comunitario de grupos con personas con DM2 recién diagnosticadas y que tienen otra patología crónica. Desde que comenzó el reclutamiento, 38 enfermeras de atención primaria han incluido a 134 pacientes, 74 en GI y 60 en GC. Hay 56,71% de hombres y la edad media de la muestra es de 63,13 años. Ambos grupos GI y GC son comparables por sexo y edad antes de la intervención.

Los resultados preliminares de antes y después se presentan sólo de GI. Tenemos datos de seguimiento de todos ellos. El promedio de HbA1C anterior fue de 7.41% y post-intervención fue de 6.30%. El peso promedio anterior era de 86.57 Kg, y luego de 82.88 Kg. Estas diferencias de unidades de 0,11 porcentuales y 3,84 Kg fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Discusión:

Este protocolo destacaría el impacto de la tarea de educación sanitaria de las enfermeras de Atención Primaria cuando a un paciente se le diagnostica DM2.

Facilitaría la unificación de criterios entre las enfermeras durante el proceso educativo de pacientes con DM2 y comorbilidades asociadas.

El material de apoyo podría ser una herramienta útil para usar en Atención Primaria si se muestra su efectividad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The

- Di@bet.es Study. *Diabetologia* 2012;55:88-93. doi:10.1007/s00125-011-2336-9
2. Cano JF, Franch J, Mata M, et al. Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en atención primaria. 4ª edición. Madrid. Harcourt Ed. 2004.
 3. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global Guideline for Type 2 Diabetes: recommendations for standard, comprehensive, and minimal care. *Diabet Med* 2006;6:579-93.
 4. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet* 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33102-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33102-1)
 5. Holman R, Paul S, Bethel MA, et al. 10-Year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Eng J Med* 2008; 359: 1577-89.
 6. López B, García-Mayor R, Puig-Domingo M, et al. Perfil de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la Atención Primaria española. *Rev Clin Esp* 2004;1:18-24.
 7. Orozco-Beltrán D, Gil-Guillen VF, Quirce F, et al. Control of diabetes and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes in primary care. The gap between guidelines and reality in Spain. *Int J Clin Pract*. 2007;6:909-15.
 8. Mengual L, Roura P, Serra M, et al. Multifactorial control and treatment intensity of type-2 diabetes in primary care settings in Catalonia. *Cardiovasc Diabetol*. 2010;9:14.
 9. Colungo C, Liroz M, Jansà M, et al. Programa de atención y educación terapéutica en el debut de la diabetes tipo 2: un nuevo modelo de abordaje en atención primaria. *Endocrinol Diabetes Nutr* 2018;65:486-499. doi.org/10.1016/j.endinu.2018.06.011
 10. Chen L, Pei JH, Kuang J, et al. Effect of lifestyle intervention in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis. *Metabolism* 2015;64:338-347. doi:10.1016/j.metabol.2014.10.018
 11. Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa- González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit*. 2013;27:332-7.
 12. Mata-Cases M, Roura-Olmeda P, Berengué-Iglesias M, et al. Fifteen years of continuous improvement of quality care of type 2 diabetes mellitus in primary care in Catalonia, Spain. *Int J Clin Pract*. 2012 Mar;66(3):289-98. doi: 10.1111/j.1742-1241.2011.02872.x.

POSTER 49**AUTORES/AUTHORS:**

Ana Lozano Fernández, Consuelo Fernández Diego, Carlos López Rodríguez, Carolina Esteban Fernández

TÍTULO/TITLE:

ENFERMERA ESCOLAR Y ENFERMEDADES CRÓNICAS: PERCEPCIÓN DE LOS PADRES DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

OBJETIVO: Evaluar la percepción de las familias de niños y niñas con enfermedad crónica sobre la necesidad de cuidados en el ámbito escolar.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal en una población de progenitores de alumnos y alumnas de educación primaria de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Se determinó un tamaño muestral de 369 familias (universo n=4374 alumnos y alumnas con una enfermedad crónica, nivel de confianza 95%, desviación tolerada del 5% y tasa de reposición del 10%). La muestra fue seleccionada por muestreo aleatorio, estratificado por conglomerados (considerando éstos a los centros escolares como unidad docente) de las 4 áreas de salud de la Comunidad (área 1 55%, área 2 17%, área 3 25% y área 4 3%). Para evaluar la percepción sobre la necesidad de cuidados se diseñó una encuesta con 6 preguntas cerradas y una pregunta abierta sobre las áreas de mejora en la atención sanitaria en el entorno escolar. El grupo investigador se reunía en cada centro con el equipo docente mediante una charla informativa, donde se hacía una exposición del proyecto y se resolvían dudas. Los cuestionarios se entregaron en mano junto con una circular del proyecto, donde se invitaba a participar y a devolverlos cumplimentados en una urna, de forma anónima, en un plazo de 15 días. El proyecto fue presentado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Comunidad, de manera previa al comienzo del estudio. A partir de las respuestas obtenidas se realizó un análisis descriptivo con una hoja tipo Excel para las preguntas cerradas, utilizando el programa SPSS para el tratamiento estadístico de los datos. Las respuestas de la pregunta abierta se agruparon por temática para su posterior análisis.

RESULTADOS: Participaron 382 progenitores de 38 colegios, principalmente de las áreas sanitarias 1(55%) y 3(25%). Del total de encuestas, el 27.23%(n=104) presentaron comentarios en la pregunta abierta. El 18% ha tenido necesidad de personal especializado en el contexto escolar, y un 9.4% al realizar una actividad fuera del centro. Un 21.2% de las familias referían tener que acudir al centro para la administración de medicación e indicaban que un 11.5% de niños y niñas habían tenido que dejar de realizar alguna actividad escolar por falta de enfermera. El 51.15% consideraron necesaria enfermera en el centro educativo.

De los 104 comentarios recibidos en la pregunta abierta, el 49.03 demandaban la presencia de personal sanitario/enfermera en el centro escolar, y un 15.38% expresaron necesitar de recursos materiales y medidas físicas de apoyo para sus hijos e hijas; un 7.69% requerían, por un lado, formación específica sobre la enfermedad para familias y profesorado y, por otro, personal de apoyo no sanitario. El 2.88% solicitaba disponer de protocolos específicos de actuación.

DISCUSIÓN: La Ley Orgánica de Educación 2/2006, 3 de mayo, establece en el título II "Equidad en la educación", y más concretamente en su artículo 71, que las Administraciones Educativas dispondrán de los medios necesarios para que el alumnado que requiera una atención educativa distinta a la ordinaria, por presentar necesidades especiales o por condiciones personales o de historia escolar, pueda alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades „1. Además, el artículo 72 de dicha Ley establece que las Administraciones Educativas dispondrán de profesionales cualificados, así como de los medios y materiales precisos para su adecuada atención „1.

A lo largo de la etapa escolar del alumnado con un proceso crónico pueden aparecer problemas físicos como: limitación funcional, dependencia de la medicación y cuidados en la dieta. Los relativos al aspecto psicológico no son menos importantes; ansiedad, cambios en su imagen corporal y autoconcepto. En este sentido, hay publicaciones que destacan la trascendencia de las necesidades emocionales del alumnado, contribuyendo la escuela al beneficio de los niños a través de la socialización². Más de la mitad de la muestra de nuestro estudio refiere necesitar la figura de la enfermera en el ámbito escolar. Nuestros datos reflejan que es una realidad que muchos progenitores deben acudir al colegio para administrar medicación a sus hijos e hijas. Se da la posibilidad de que competencias relativas a la aplicación de cuidados específicos de salud puedan ser desempeñados por los/las docentes.

Estas circunstancias justifican la presencia de la enfermera escolar. Existen estudios que asocian su labor a la mejora del rendimiento académico, aceptación social y absentismo^{3,4}. Su figura, es una oportunidad de mejora para la integración de la enfermedad crónica en la escuela, implicando al profesorado y familias como parte fundamental del proceso, con el fin último de lograr la normalización de la cronicidad en la vida educativa.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ley Orgánica de Educación 2/2006, de 3 de Mayo, en su Título II "equidad en la educación", artículos 71 y 72. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207.pdf>
2. American academy of child and adolescent psqui. El niño con una enfermedad de larga duración. Disponible en http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/El-niño-con-una-enfermedad-de-Larga-Duración-Crónica-019.aspx
3. Díez Fernández T, Gómez Carrasco JA, Gómez González JL. Problemas crónicos de salud en el ámbito escolar Díez Fernández T, Gómez Carrasco JA, Gómez González JL. Problemas crónicos de salud en el ámbito escolar. Percepción de los profesores, Revista Rol de Enfermería.2011; 34(1): 32-39.
4. Susinos Rada T. Los niños con enfermedades crónicas en el contexto escolar. Universidad de Salamanca. 1993. Recuperado Universidad de Cantabria, 1995, ISBN 84-8102-1076. Disponible en; <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=197807>

POSTER 52**AUTORES/AUTHORS:**

Laura Fernández Puerta, Dolores Vellido González, María Dolores Quiñoz Gallardo, María Leticia González Guerrero, Antonio Rivas Campos, Germán Prados García

TÍTULO/TITLE:

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Introducción: debido al cuidado prolongado que ofrecen los cuidadores informales a sus familiares están expuestos a un mayor deterioro de su salud física y mental, así como un impacto negativo en la vida social y económica. La hospitalización del receptor de cuidados supone una situación estresante para el cuidador, sin embargo, la calidad de vida en este contexto concreto aún se desconoce.

Objetivos: comparar la calidad de vida de los cuidadores de pacientes hospitalizados con la de controles sanos y determinar qué variables relacionadas con la salud se encuentran más deterioradas en el cuidador, así como su asociación con otras variables relacionadas con el cuidado.

Métodos: los datos de treinta y ocho ($n_1=19$ cuidadores hospitalarios y $n_2=19$ controles sanos) participantes fueron analizados en cuanto a variables demográficas y calidad de vida (cuestionario SF-36). Ambos grupos se compararon para determinar diferencias en las puntuaciones obtenidas. Para ello se usaron pruebas T de Student y Chi-cuadrado. Posteriormente se usaron correlaciones de Pearson para explorar la asociación de los distintos subejos de la calidad de vida del cuidador con variables relacionadas con el ingreso y el cuidado que proporcionan.

Resultados: los cuidadores de pacientes hospitalarios presentaron, de media, peor calidad de vida que los individuos sanos ($50,97\pm 16,735$ vs. $70,34\pm 18,988$) ($p<0.01$). Atendiendo a las diferentes subescalas, los cuidadores presentaron peores puntuaciones en dolor ($51,45\pm 25,143$ vs. $82,63\pm 44,772$) y rol emocional ($56,14\pm 43,109$ vs. $87,72\pm 31,839$) ($p<0,05$), así como en vitalidad ($35,00\pm 19,508$ vs. $61,32\pm 15,972$), función social ($52,63\pm 33,917$ vs. $86,58\pm 23,924$) y salud mental ($37,47\pm 18,533$ vs. $75,16\pm 17,818$) ($p<0.001$). No se encontraron diferencias significativas en variables sociodemográficas entre ambos grupos. Las correlaciones mostraron asociaciones negativas entre la puntuación total en calidad de vida (SF-36) y el insomnio ($r=-0,636$; $p<0.01$) y sobrecarga del cuidador ($r=-0,560$; $p<0.05$). Así mismo, el insomnio correlacionó de forma negativa con la función social ($r=-0,685$), rol emocional ($r=-0,597$) y salud mental ($r=-0,626$) ($p<0.01$). La subescala de función social correlacionó de forma negativa con la sobrecarga ($r=-0,518$) y síntomas del paciente ($r=-0,530$) ($p<0.05$). Las variables relacionadas con la hospitalización, como los días de ingreso, tiempo de cuidados y horas que pasa el cuidador en el hospital, no correlacionaron con la calidad de vida percibida por del cuidador.

Discusión: los hallazgos de este estudio indican que los cuidadores de pacientes hospitalizados presentan peor calidad de vida que los sujetos sanos, sobre todo en dolor, salud emocional y mental, vitalidad y función social. Los resultados en calidad de vida no están asociados a variables como días de hospitalización o tiempo de cuidados. Además, un deterioro en la calidad de vida de los cuidadores se asocia con la presencia de mayores niveles de insomnio y sobrecarga del cuidador. Los cuidadores informales que desarrollan una labor encomiable y no remunerada en nuestra sociedad deben ser una prioridad para los equipos de salud, que deben implementar intervenciones adecuadas para mejorar su calidad de vida, tanto desde el ámbito hospitalario como a nivel de atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ruppner, L., & Bostean, G. (2014). Who cares? caregiver well-being in europe. *European Sociological Review*, 30(5), 655-669.
- Shankar, K. N., Hirschman, K. B., Hanlon, A. L., & Naylor, M. D. (2014). Burden in caregivers of cognitively impaired elderly adults at time of hospitalization: A cross-sectional analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(2), 276-284.
- Epstein-Lubow, G., Gaudiano, B., Darling, E., Hinckley, M., Tremont, G., Kohn, R., ... Miller, I. W. (2012). Differences in depression severity in family caregivers of hospitalized individuals with dementia and family caregivers of outpatients with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 20(9), 815-819.

POSTER 53**AUTORES/AUTHORS:**

Laura Fernández Puerta, María Leticia González Guerrero, María Dolores Quiñoz Gallardo, Dolores Vellido González, Antonio Rivas Campos, Germán Prados García

TÍTULO/TITLE:

INSOMNIO Y VARIABLES RELACIONADAS CON EL CUIDADO EN EL CUIDADOR INFORMAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Introducción: el sueño es una función fisiológica fundamental para nuestro organismo. Su restricción aumenta la morbi-mortalidad de las personas que padecen de insomnio. En el caso concreto de los cuidadores esto puede afectar negativamente al cuidado que proporcionan, limitándolo o incluso impidiéndolo. Los cuidadores que acompañan al paciente en el hospital son especialmente sensibles a estos cambios y presentan unas condiciones diferentes a las de domicilio.

Objetivos: determinar la asociación entre el insomnio y diversas variables relacionadas con la salud del cuidador y del receptor de cuidados.

Métodos: noventa y ocho cuidadores informales que proveían cuidados a pacientes hospitalizados fueron captados para realizar una entrevista con variables demográficas y medidas de autoinforme, entre las que incluían; sobrecarga, insomnio y ansiedad y depresión del cuidador, así como dependencia y síntomas del paciente. Los cuidadores que presentaron insomnio fueron separados en dos grupos para compararlos en relación a las variables citadas anteriormente. ambos grupos en las citadas variables. Para ello se usaron pruebas T de Student y Chi-cuadrado. Además, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal hacia delante para examinar la contribución de la ansiedad, depresión, sobrecarga del cuidador y la sintomatología clínica del receptor en el padecimiento de insomnio.

Resultados: se identificaron 47 cuidadores insomnes y 51 no insomnes según el Insomnia Severity Index (ISI). Aquellos cuidadores insomnes presentaron una media de 18,96 puntos (DT =3,747), mientras que los no insomnes 9,33 (DT = 3,497). Los cuidadores insomnes presentaron peores puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión, sobrecarga del cuidador ($p < 0.001$) y síntomas del paciente ($p < 0.01$). Las variables sociodemográficas y de cuidados no influyeron en el sueño de los cuidadores ($p > 0.05$). El análisis de regresión lineal mostró a la ansiedad y la depresión como predictores significativos del insomnio que padecían los cuidadores, sin embargo, ni la sintomatología clínica del paciente, ni la sobrecarga fueron variables significativas en los modelos de predicción analizados. El modelo final obtenido con la ansiedad y la depresión como predictores dio cuenta del 33,3% de la varianza explicada del insomnio ($F_{2,96} = 24,94$; $p < 0,001$).

Discusión: los hallazgos de este estudio indican que el insomnio es un problema que presentan aproximadamente la mitad de los cuidadores de pacientes hospitalizados. Además, la depresión y la ansiedad son predictores significativos del insomnio de las personas que cuidan. La responsabilidad del cuidado prolongado de los cuidadores informales conlleva un desgaste importante en su salud física y mental. Los hallazgos de este estudio además confirman que el insomnio es un trastorno muy prevalente en esta población y que puede estar agravado por el deterioro emocional que padecen. Se hacen necesarios más estudios que analicen la fenomenología del sueño en estas personas y ensayos clínicos que identifique intervenciones eficaces para mejorar los problemas de insomnio y de tipo emocional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Maltby, K. F., Sanderson, C. R., Lobb, E. A., & Phillips, J. L. (2017). Sleep disturbances in caregivers of patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 15(1), 125-140.

McCurry, S., Song, Y., & Martin, J. (2015). Sleep in caregivers: What we know and what we need to learn. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 497-503.

Giménez, M. C., Geerdinck, L. M., Versteylen, M., Leffers, P., Meekes, Gaby J B M, Herremans, H., ... Schlangen, L. J. M. (2017). Patient room lighting influences on sleep, appraisal and mood in hospitalized people. *Journal of Sleep Research*, 26(2), 236-246.

POSTER 54**AUTORES/AUTHORS:**

Mayra del Carmen Ortega Jiménez , María de Lourdes García Campos , Nicolás Padilla Raygoza , Marcela Ortega Jimenez, Vicente Beltrán Campos, Andrea Villagomez Razo, Alicia Alvarez Aguirre

TÍTULO/TITLE:

Instrumento: Identificación de Sufrimiento Espiritual de Cuidadores Primarios de Pacientes con Ventilación Mecánica

Introducción: El cuidador primario se vuelve indispensable para proporcionar cuidados delegados al paciente con ventilación mecánica (VM), y por brindar cuidados integrales llega incluso a descuidar su salud física, emocional y espiritual, lo que provoca en muchas ocasiones la presencia de sufrimiento espiritual (SE), siendo este último tan marcado que debería ser atendido por el personal de salud, en la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)¹ continua siendo un diagnóstico de enfermería prioritario. Espiritualidad es una parte que ayuda al bienestar, en condiciones como ansiedad estado² el cual también se relaciona con el nivel de fortaleza ante la presencia de la enfermedad.³ Cuando esta parte se altera, surge el SE de la persona, en especial durante el desequilibrio que abate la enfermedad de un familiar hospitalizado en etapa crítica. De ahí la importancia de conocerlo y obtener un instrumento que nos ayude a identificarlo.

El cuestionario que se presenta es la modificación de del "Cuestionario para identificar el SE" diseñado por Villagómez-Razo A., Jordán-Jinez ML y García-Campos ML,⁴ actualmente revisado, modificado y actualizado por Mayra del Carmen Ortega Jiménez , María de Lourdes García Campos , Nicolás Padilla Raygoza , Marcela Ortega Jiménez, Vicente Beltrán Campos, Andrea Villagómez Razo, Alicia Álvarez Aguirre, profesores de la Universidad de Guanajuato, México.

Objetivo: Modificar y determinar la validez y la confiabilidad del Instrumento Identificación de SE de cuidadores primarios de pacientes con ventilación mecánica (). Método: Evaluar teniendo como base la última actualización de la NANDA 2018-2020, la modificación del "Cuestionario para identificar el sufrimiento Espiritual" de Villagómez, A. 2004, con una alfa de Cronbach de 0.85. Primera fase: Revisión bibliográfica, escalas de medición de SE: instrumento "Escala de Bienestar Espiritual" (EBE), numérica para evaluar síntomas espirituales en cuidados paliativos, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ta edición, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 5ta edición, comparación entre la NANDA 2012-2014, NANDA 2015-2017 y 2018-2020 en la etiqueta SE. Se construyó la modificación de la escala. Las dimensiones del instrumento consideró la etiqueta diagnóstica de la NANDA 2018-2020, tales como ansiedad, cuestionamientos sobre el significado de vida, el sufrimiento, identidad, describe fatiga, insomnio, llanto, temor así como conexiones con el arte, música literatura, naturaleza, conexiones con el yo, conexiones con otros y conexiones con un poder superior al yo. El cuestionario ISECPPVM comprende dos partes, 1.- Datos sociodemográficos, 2.- Cuestionario modificado: 58 ítems, escala de intensidad de Siempre (S) = 5 puntos, Casi siempre (CS) = 4 puntos, A veces (AV) = 3 puntos, Casi nunca (CN) = 2 puntos y Nunca (N) = 1 punto. Las preguntas 56, 57 y 58 tienen invertida la calificación. Segunda fase: Modificaciones en la redacción de los ítems 56, 57, 58 de calificación inversa, 8 nuevas preguntas basadas en la NANDA actual. Se realizó piloteo, con los pasos: a) Aprobación del instrumento: Evaluación por experto, aprobado por Comité de Investigación y Bioética. b) Autorización: Secretaría de Salud del estado de Guanajuato, México., para el piloteo del instrumento. c) Piloteo del instrumento: Se encuestaron 15 cuidadores primarios, con pacientes en estado crítico. Criterios de inclusión los familiares directos del paciente con VM, cuidador de mínimo de 24 horas continuas, ingreso a medicina interna de mínimo 3 días. Tercera fase: Base de datos, paquete estadístico SPSS versión 21 y y Epidat 3.1. Cuarta Fase: Pruebas de validez y fiabilidad de la escala. Resultados: Se aplicó a 15 pacientes de medicina interna de un Hospital de Celaya, Guanajuato, México., edad 19 a 93 años (rango = 74 años), 93% femenino, 93% católica, 46% escolaridad secundaria, 73% casados, el 60% ingreso mensual de 0 a 1000 pesos mexicanos. Utilizó SPSS versión 21 y Epidat 3.1. El nivel de SE fue leve concluyendo que el familiar cuenta con adaptación al lugar y asimilación de la enfermedad. Para análisis de fiabilidad, el resultado fue un alfa de Cronbach de 0.9321 de consistencia interna, covarianza media de 0.1897, en los 58 ítems de la escala. Discusión: El instrumento, puede medir y permite analizar el nivel de SE, que esta población experimenta e intervenir. Ortega M., menciona la espiritualidad es energía infinita, creativa e integradora basada en un sistema de creencias y valores relacionadas con una fuerza de un ser supremo, que con ello sería capaz de sobrellevar esta etapa dolorosa. Conclusiones: La familia constituye un factor decisivo durante todo el proceso de enfermedad, recuperación y mantenimiento mental como emocional del paciente, le brinda bienestar, afecto y calidad de vida. Sin embargo, pocas veces es tenida en cuenta^{5,6}, manifestando alteraciones emocionales y espirituales.^{10, 11}

Los cuidadores primarios dentro del ámbito hospitalario deben aprender un alto manejo adaptativo a las circunstancias que se les presentan, asimilando la enfermedad de su ser querido y enfrentarse a los desafíos de los tratamientos y la incertidumbre de lo que sucederá con el estado de salud de su paciente.12, 13, 14,15,1

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Referencias bibliográficas

1. Herman T. North American Nursing Diagnosis Association Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Undécima edición. Barcelona: Elsevier. 2017.
2. Zavala M, Vázquez O, Whetsell V. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. Aquichan. 2006;5(1):72-85.
3. Chiu L, Emblen J, Van L, Sawatzky R, Meyerhoff H. An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. West J of Nurs Res. 2004; 26(4):405-428.
4. Villagomez A. Sufrimiento espiritual de pacientes hospitalizados [Tesis de licenciatura]. Universidad de Guanajuato: 2004.
5. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. 9o ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
6. Paloutzian R, Park C. Handbook of de psicology of religión and spirituality. New York: The Guilford Press. 2005.
7. Reyes M. Escala numérica para evaluar síntomas espirituales en cuidados paliativos. Rev. méd. Chile 2017.145(6):1-24.
8. Bulechek G, Butcher H, Dochterman, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ta edi. España: Elsevier. 2013.
9. Moorhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC).5ta Edi. España: Elsevier. 2014.
10. Caldeira S, Castelo Z, Vieira M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. Revista de Enfermagem Referência. 201; 5(10): 145- 152.
11. Caldeira S, Castelo Branco Z, y Vieira M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. Revista de Enfermagem Referência. 2011; 3(5):145-152.
12. Veloza M, Pérez B. Perspectiva espiritual y proceso de afrontamiento y adaptación en grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2011; 2(1):58-60.
13. García M, López I, Vicente E. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta de tiempo? Index de Enfermería. 2004; 13(47): 44-48.
14. Moreno ME, Náder A, Mesa CL. Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y

la percepción de su estado de salud. Avances en enfermería. 2004; 1(12): 27-38.

15. Covarrubias L, Cepeda G. Calidad de Vida de Cuidadores de Pacientes Hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo. Index Enferm. 2012; 12(1):131-135.

16. Muñoz A, Morales I, Bermejo J, Galán J. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. Index Enferm. 2014;23(3):153-156.

POSTER 55**AUTORES/AUTHORS:**

Marisa Lourenço, Paula Encarnação, Paulo Machado, Teresa Martins

TÍTULO/TITLE:

La persona dependiente en el autocuidado. Factores que influyen en el potencial de recuperación

Abordar la creciente necesidad de atención médica asociada con la dependencia del autocuidado es actualmente uno de los desafíos más importantes para los servicios de salud, particularmente la enfermería.

Objetivos del estudio: identificar los factores que, desde la perspectiva de un grupo de expertos, influyen en la capacidad de mejora de la persona con dependencia del cuidado personal; Comprender cómo estos factores influyen en el proceso de recuperación de la autonomía y contribuir al diseño de los cuidados de enfermería centrada en una perspectiva positiva y saludable.

Metodología: Estudio descriptivo con recurso a Focus Group (1). El estudio se desarrolló entre mayo y junio de 2017. Se realizaron dos reuniones con 11 enfermeros expertos, que trabajaban en unidades de internamiento para rehabilitación de la persona dependiente en el autocuidado. Las reuniones duraron dos horas y los recursos utilizados para recopilar la información deseada del grupo fueron: postitas, grabadora de audio y pizarra. Todos los participantes darán su consentimiento informado y participarán en el estudio de manera voluntaria e ilustrada. La información recopilada se sometió a análisis de contenido, siguiendo las pautas de Strauss y Corbin (2).

Resultados: surgieron tres categorías: i) capacidad funcional (subcategorías: a-cognitiva, b-física); (ii) factores emocionales y (iii) apoyo efectivo (subcategorías: a-familia, b-profesional de la salud, c-tiempo, d-ambiente) como factores importantes a considerar en el proceso de desarrollo de habilidades de autocuidado.

Discusión: La "capacidad funcional" traduce las dificultades que la persona puede encontrar en la ejecución de una tarea o acción, e involucra: el "estado cognitivo" que incluye: la conciencia, la orientación, la percepción sensorial, la memoria, el pensamiento, razonamiento y conocimiento y "estado físico": fuerza muscular, coordinación motora, equilibrio y movimiento articular, estos "[...]" son procesos corporales que, después de ser evaluados, sirven para determinar si la persona evolucionará hacia independencia o no" Los "factores emocionales", otra categoría que emerge del estudio, los expertos en su mayoría notaron que, las creencias obstaculizadoras, los cambios en la percepción de autoeficacia y la desmotivación, pueden denunciar un estado de "[...] Puedo, pero no quiero hacerlo, porque estoy negando toda la situación [...]" "Por otro lado, las expectativas, la motivación y la participación de la persona, centrada en la recuperación de sus capacidades, son esenciales "[...] para una adaptación a la condición de salud actual y para reducir la dependencia del autocuidado". Varios estudios confirman los resultados (3,4,5,6). La experiencia previa es otro factor influyente informado por aproximadamente el 50% de los expertos. Estos se utilizan como identificadores de patrones efectivos que proporcionan pistas relevantes (4).

La categoría "apoyo efectivo", fue estructurada por expertos en cuatro subcategorías: la familia, profesionales de la salud, factor tiempo y medio ambiente. "la familia" se considera un apoyo crucial para la persona dependiente, que contribuye vitalmente al apoyo y la participación en actividades de autocuidado (4). "el compromiso de los profesionales de la salud" y su filosofía de atención influyen en la persona dependiente para desarrollar habilidades de autocuidado (3). "el medio ambiente", es decir, la accesibilidad en casa puede afectar negativamente la rehabilitación del cliente, lo que dificulta la recuperación de la autonomía (7). El "tiempo", es decir, ¿ "[...] cuánto tiempo tenemos que darle a la persona para determinar de manera concluyente el potencial de recuperación?". A veces, "[...] consideramos que la persona no tiene potencial y después de un tiempo específico, se recupera.

Con respecto al dominio de influencia de los factores mencionados en el potencial de la persona dependiente para mejorar el autocuidado, esto se explica en forma de dos dimensiones: los factores de influencia positiva y los de influencia negativa, por ejemplo: "[...] la capacidad funcional, las emociones positivas, la motivación y la iniciativa [...] son factores favorables para el proceso de recuperación de la capacidad de autocuidado [...]" Por otro lado, "[...] baja fuerza de voluntad, percepción de autoeficacia disminuida, objetivos de vida reducidos [...] son factores de complicación".

Las implicaciones de este estudio es permitir que las enfermeras pueden utilizar indicadores de proceso de enunciar el diagnóstico de dependencia de auto-cuidado con el potencial para recuperarse.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Galego C, Gomes A. Emancipação rutura e inovação: o "focus group" como instrumento de investigação. Rev Lusófona de Educ.

2005; 5:173-184.

2. Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos, 2ªedn,2008, Artmed, Porto Alegre.
3. Lourenço M. Modelo de intervenção de enfermagem em cuidados continuados integrados. Uma abordagem centrada na pessoa dependente para o autocuidado. Beau-Bassin: Nova Edições Académicas; 2017.
4. Jaarsma T, Cameron J, Riegel B, Stromberg A. Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: a literature update. *Curr. Heart Fail Rep.* 2017; 14: 71-77.
5. Maciel EAR. O potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado: Estudo exploratório acerca da sua concretização numa amostra de clientes, três meses após alta hospitalar. Tese de Mestrado. 2013, Escola Superior de Enfermagem, Porto, Portugal.
6. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Adv Nursing Science.* 2012; 35: 194-204.
7. Ribeiro OMPL, Pinto CAS, Regadas SCRS. A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Rev Enf Referência.* 2014; 4: 25-36.

POSTER 56**AUTORES/AUTHORS:**

Sonia Casal Figueira, Beatriz Prado Sánchez, Leticia Alacis Riudavets, Celia Ferreiro Veiga, Mónica Ponce López, Alfonso Buenaventura Florit, María del Pilar Borràs Pons, Raquel Ariño Ferrer, Silvia Obarrio Fernández

TÍTULO/TITLE:

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OSTOMIZADOS A TRAVÉS DEL CUESTIONARIO STOMA SQOL.

BPSO está tejiendo una red de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC), a nivel internacional, con el fin de aplicar la evidencia científica en cuidados a la práctica diaria, mediante la implantación de Guías de Buenas Prácticas (GBP) en centros seleccionados. Desde el año 2015, con la implantación de la Guía de Práctica Clínica (GPC): Cuidado y Manejo de la Ostomía, en un centro comprometido con la excelencia en cuidados, se creó una consulta de enfermería para el paciente ostomizado. Una de las actuaciones dentro de la consulta de enfermería de ostomías (CEO) es pasar un cuestionario en cada una de las visitas programadas que se tienen con el paciente ostomizado al alta (al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año) valorando y reforzando así su calidad de vida; dicho cuestionario recibe el nombre de cuestionario StomaQoL y ha sido elaborado en el 2001 y validado para estudiar la calidad de vida y grado de satisfacción en pacientes ostomizados, proporcionando indicadores cualitativos. Consta de 20 preguntas con 4 opciones de respuesta valoradas con una escala Likert del 1 al 4. Las opciones son: nunca (4 puntos), en raras ocasiones (3 puntos), a veces (2 puntos) y siempre (1 punto). La puntuación final va desde un mínimo de 20 puntos hasta un máximo de 80.

OBJETIVOS

Analizar y conocer el nivel de calidad de vida de los pacientes ostomizados a través de la educación para la salud en la CEO en un hospital de segundo nivel.

MÉTODO

Estudio descriptivo longitudinal y retrospectivo de la unidad de hospitalización quirúrgica (cirugía y urología) de un hospital de segundo nivel y de la CEO. El objeto de estudio han sido 57 pacientes ostomizados, que corresponden con el período de personas ostomizadas entre enero 2017 y abril 2019. Se ha excluido a los que tienen citas en la consulta posteriores al estudio (n=10), a quienes han acudido únicamente a una cita (n=5), a quienes han respondido menos de dos veces el cuestionario (n=12) –ambos por no poder comparar- y a los exitus (n=12), quedando un tamaño de la muestra en 18 personas. De estos pacientes seleccionados, se ha recogido la puntuación obtenida de los cuestionarios de la primera y de la última consulta para comparar si ha habido cambios en su calidad de vida con respecto a la intervención de enfermería en la CEO. Para catalogar los resultados se ha considerado tres niveles de medición: buena calidad de vida (rango entre 61-80 puntos), moderada calidad de vida (entre 42-60 puntos) y mala calidad de vida (entre 41-20 puntos). La intervención llevada a cabo en la CEO por parte de la enfermera especialista en ostomías está centrada en tres pilares:

- Reforzar conocimientos. Es importante recordar algunos conceptos y técnicas sobre el cuidado y manejo de la ostomía que se han impartido durante la estancia hospitalaria al paciente y/o cuidador, ya que la situación vivida durante la estancia hospitalaria suele ser muy estresante para el paciente, lo que dificulta la fijación de conceptos nuevos.
- Resolver dudas. Cuando el paciente llega a su domicilio surgen situaciones nuevas que provocan dudas, por lo que la asistencia a la consulta de manera programada durante un año ayuda a solventar las dudas que pueden surgir en situaciones como el baño, relaciones sexuales, deporte, dieta...
- Fomentar la autonomía para garantizar la adaptación a la nueva situación. Gracias a la relación que se crea con la enfermera de la consulta de ostomías, se consigue aportar al paciente la confianza y autonomía para poder manejar nuevas situaciones y el uso correcto de los dispositivos de la ostomía.

RESULTADOS

Como resultados relevantes se destaca que la edad media de los objetos a estudio es de 71 años (rondando paciente de entre 39 y 85 años). Del total de la muestra, un 66'66% han obtenido una puntuación que indica una moderada calidad de vida en la primera consulta y una puntuación superior a la anterior que indica una buena calidad de vida. Del total de la muestra, sólo un 16'66% han obtenido una puntuación inferior en el segundo cuestionario, que indica una moderada calidad de vida. Por otro lado, un 16'66% del total, han obtenido el mismo valor en el cuestionario, obteniendo una igual puntuación que indica tener una buena calidad de vida. Puntualizar que ningún paciente obtuvo una puntuación que indicara una mala calidad de vida.

DISCUSIÓN

La calidad de vida en el paciente ostomizado es algo que no se suele tener en cuenta y existen pocos estudios que hablen de ello; por ello nos animamos a realizar este trabajo. Gracias a este estudio hemos comprobado que el aumento de la calidad de vida, según el cuestionario StomaQoL, está relacionado con la intervención de enfermería en la CEO. Esto nos lleva a pensar que el papel de la enfermera especialista en ostomías dentro de una consulta específica es de vital importancia para poder ayudar a dar herramientas y conocimientos al paciente y/o cuidador. Cabe destacar que unificar criterios por parte de todo el equipo multidisciplinar que tiene contacto directo con el paciente y/o cuidador a la hora de dar educación tanto dentro de la CEO, cómo fuera, es de gran importancia para evitar la variabilidad; al igual que usar un lenguaje claro y adaptado a cada tipo de persona (por cultura, educación,...)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1_ Baldwin, C.M., Grant, M., Wendel, C., Rawl, S., Schmidt, C. M., Ko, C., et al. (2008) Influence of intestinal stoma on spiritual quality life of US veterans. *Journal of Holistic Nursing*, 26 (3), 185-194.
- 2_ Persson E., & Larsson B. (2005). Quality of care after ostomy surgery. A perspective study of patients. *Ostomy Wound Management*, 51 (8), 40-48.
- 3_ Scarpa, M. Barollo, M. Polese, L. & Keighley, M. R. (2004). Quality of life in patients with an ileostomy. *Minerva Chirurgica*, 59 (1), 23-29.
- 4_ O'Connor, G.(2005). Teaching stoma-management skills: The importance of self-care. *British Journal of Nursing*, 14 (6), 320-324.

POSTER 57

AUTORES/AUTHORS:

Gemma Colominas Balada, Fernando Blanco Gonzalez

TÍTULO/TITLE:

Necesidades alteradas y herramientas en autocuidados para ofrecer unos cuidados personalizados en Mutua Universal.

INTRODUCCIÓN:

Mutua Universal, Mugenat, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, núm. 10, es una asociación voluntaria de empresas que, sin ánimo de lucro, se constituye legalmente como colaboradora de la Seguridad Social con la responsabilidad mancomunada de las empresas asociadas.¹

Actualmente Mutua Universal dispone de 119 centros Asistenciales de Atención Primaria en todo el territorio nacional y 2 Áreas de Control Hospitalario situadas en Barcelona y Madrid.

Entre las competencias principales de Mutua Universal se pueden destacar dos:

- La gestión de las prestaciones sanitarias y económicas para los trabajadores protegidos que han sufrido un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.
- La Consulta de Enfermería es clave en Mutua Universal para desarrollar cuidados integrales de máxima calidad, siempre tratando de buscar la autonomía y mejora del autocuidado del paciente.

Dentro del asesoramiento e información de los autocuidados es importante reforzar la educación del paciente. La educación del paciente se define como una experiencia de aprendizaje utilizando una combinación de métodos como la enseñanza, asesoramiento, técnicas de modificación de conductas que influyan en el conocimiento de los pacientes. OBJETIVOS:

Objetivo general:

1. Conocer las necesidades alteradas más frecuentes en procesos de contingencia laboral (CL) en Centros de Atención Primaria (CA) de Mutua Universal.

Objetivo específico:

1. Identificar los Diagnósticos NANDA más codificados para las necesidades alteradas.
2. Mostrar y relacionar las herramientas disponibles en Mutua Universal para promocionar los cuidados en la Consulta de Enfermería.

METODO:

Tipo de Estudio: Observacional. Descriptivo. Retrospectivo.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con: baja médica de CL, Doc.PAE creado en C.A de Mutua Universal entre 01/05/2017 al 30/04/2019.

Criterios de exclusión:

- Pacientes: de baja médica por Contingencia Común, Sin Doc PAE creado o creado por las Áreas de Control Hospitalario.

Muestra final: 31.268 HCE con planes con PAE

Las variables fueron las siguientes:

- Necesidades alteradas más frecuentes en procesos de CL
- Diagnósticos NANDA más habituales por necesidades alteradas
- Herramientas enfermeras para promocionar los autocuidados

Se realizó un análisis descriptivo, calculando para cada variable frecuencias, porcentajes y medias. Para la variable de herramientas enfermeras se correlacionaron las disponibles con las necesidades alteradas y diagnósticos más codificados.

RESULTADOS:

Las necesidades alteradas más habituales por orden de prevalencia fueron:

- Seguridad - 38%
- Movilización - 26%
- Higiene/ Piel - 26%
- Aprender- 10%

Los Diagnósticos NANDA más frecuentes por cada necesidad:

- SEGURIDAD: 30,7% 00132 Dolor Agudo
- MOVILIZACIÓN: 89,7% 00085 Deterioro de la movilidad física.
- HIGIENE/PIEL: 50,5% 00046 Deterioro de la integridad cutánea.
- APRENDER: 99,8% 00126 Conocimientos deficientes.

La Consulta de Enfermería de Mutua Universal dispone de distintas herramientas para poder ofrecer la información necesaria para la educación para la salud y el autocuidado:

1. Catálogo de dípticos de recomendaciones (RC). 16 dípticos existentes.
2. Consejos de salud (CS) acreditados a través del portal www.infermeravirtual.com
3. eConsulta: Herramienta de consulta no presencial entre paciente y profesional de enfermería incorporada a la APP de Mutua Universal

Discusión (debe incluir las implicaciones para la práctica clínica)

- Las necesidades alteradas más frecuentes fueron: Seguridad - 38%, Movilización - 26%, Higiene/ Piel - 26% y Aprender- 10%.
- Los diagnósticos enfermeros más habituales por orden de relevancia fueron: 99,8% 00126 Conocimientos deficientes, 89,7% 00085 Deterioro de la movilidad física, el 50,5% 00046 Deterioro de la integridad cutánea y 30,7% 00132 Dolor Agudo.
- Con los resultados obtenidos, se propone para la práctica diaria la automatización de las distintas herramientas disponibles en la consulta de enfermería para que se ofrezcan al profesional en la HCE relacionadas con el registro en el PAE realizado. El profesional

seleccionará las más pertinentes de las propuestas por el sistema. Estas herramientas seleccionadas (recomendaciones y consejos de salud) deben aparecer también en la APP del paciente una vez seleccionadas.

Con esta propuesta se facilitará y reforzará que todos los profesionales de enfermería de Mutua Universal siempre tengan en cuenta las recomendaciones y consejos de salud más adecuados para el paciente, también permitirá poder extraer datos de utilización, así como contribuir a la creación de nuevas herramientas necesarias que ayuden a favorecer el empoderamiento de los pacientes y colaboren en mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Mutua Universal, Mugenat, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social núm. 10 [Internet]. Mutua universal. Barcelona: Mutua Universal; 2019 [2019; 14-05-2019]. Disponible en:
<https://www.mutuauniversal.net/es/sobre-mutua-universal/conoce-mutua/>
2. Torres Esperón M, Dandicourt Thomas C, Rodríguez Cabrera A. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr. [revista en Internet].2005 [Acceso 14 mayo 2019];21(3-4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Felix Martínez Vélez. Aplicación de la metodología enfermera en los cuidados a personas inmovilizadas en atención domiciliaria [Tesis doctoral]. Alcalá de Henares. Facultad de medicina y ciencias de la salud. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá de Henares;2017
4. Gómez García E; Herrera Álvarez A; López Guerrero I. Hoja de recomendaciones de enfermería en urología ambulatoria. Un estudio de evidencias. Enfuro [revista en Internet] 2008 [Acceso 14 mayo 2019];107(23-26). Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2932334>
5. Fernández Cacho LM; Gordo Vega MA; Laso Cavadas S. Enfermería y Salud 2.0: Recursos TICs en el ámbito sanitario. Index Enferm [revista en Internet] 2016 [Acceso 14 mayo 2019];25(1-2) (51-55). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100012

6. Red.es. [Internet]. Ministerio de Economía y Empresa: Madrid; 2019 [2019; 14-05-2019]. Disponible en:
<https://www.red.es/redes/es/magazin-red/reportajes/tic-y-salud-aplicaciones-moviles-redes-sociales-e-iniciativas-publicas>

7. Arantón Areosa L. Prescribir Links y APPS para empoderar a los pacientes. Enferm Dermatol [revista en Internet] 2014. [Acceso 14 mayo 2019]; año 8, 22(44-49) Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5014764>

POSTER 61**AUTORES/AUTHORS:**

Claudia Morán del Pozo, Genoveva Jaime Sevilla, Yolanda Martínez Cervantes, Nuria de Argila Fernández Durán, Rosa María Martínez López, Rosa María Nieto Barrios, Montserrat Salcedo Guijarro, Lucía Serrano Escobar, Araceli Cadenas Casado

TÍTULO/TITLE:

Estudio descriptivo: ¿Es correcto el uso que hacemos de los pañales en las Unidades de Medicina Interna y Geriátrica?

Alrededor del 15,8% de la población española podría presentar Incontinencia Urinaria (IU), afectando aproximadamente a unas 6.510.000 personas. La IU tiene un importante impacto negativo sobre la calidad de vida, tanto en el entorno social, como en el físico, sexual, psicológico, laboral y doméstico. La IU comporta un coste alto para la sanidad, al menos el 2% del presupuesto sanitario en los países desarrollados (1). El 90% de este presupuesto se debe a accesorios (absorbentes, pañales, sondas, etc (2). Es de vital importancia para la comodidad, autonomía y cuidado de la piel, que el absorbente se ajuste al paciente y no el paciente al absorbente (3,4).

Objetivos

- Determinar la frecuencia de uso de pañal en pacientes ingresados en las Unidades Médicas.
- Identificar según sexos el uso de absorbentes.
- Conocer el uso que hacemos de los pañales respecto a su indicación de uso y elección del tamaño.

Metodología

Estudio descriptivo transversal. Se realizó un muestreo no aleatorio consecutivo. La muestra a estudiar fueron pacientes que cumplieron criterios de inclusión: pacientes usuarios de pañal y sin diagnóstico clínico de deterioro cognitivo (Escala Pfeiffer <3 puntos), con el fin de que pudieran contestar el cuestionario. El grupo de investigación elaboró dos cuestionarios no validados: uno para pacientes sobre datos sociodemográficos (edad, sexo), motivos por los que lleva pañal, frecuencia de cambio y ajuste del tamaño del pañal; y otro cuestionario para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) sobre la frecuencia de cambios y ajuste del tamaño del pañal. Se analizaron las frecuencias y distribución a través del programa informático SPSS versión 22.

Resultados

Determinar la frecuencia de uso de pañal en pacientes ingresados en las Unidades Médicas.

- De una población total de 150 pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización en las que se realizó el estudio, un 46,6% (70) llevaban pañal. De los 70 pacientes usuarios de pañal, no se pudo entrevistar a 30 por puntuación de Pfeiffer <3 y otros 8 se negaron a participar. Por tanto de una población de 40 pacientes que cumplían criterios de inclusión, se obtuvo al final una muestra a estudiar de 32 pacientes.

Identificar según sexos el uso de absorbentes.

- Respecto a la distribución por sexo, un 81,25% (26) de las mujeres encuestadas utilizan pañal. La media de edad es de 85 años con $\pm 9,14$ años de DT.

Conocer el uso que hacemos de los pañales respecto a su indicación de uso y elección del tamaño.

- Según los pacientes encuestados los motivos por los que llevan pañal son los siguientes: un 3,1% (1) por incontinencia fecal (IF), un 9,37% (3) son dependientes para ir al baño, un 84,37% (27) tiene incontinencia urinaria (IU) y de estos pacientes un 28,57% (8) también tienen IF. Un paciente (3,1%) lleva pañal para sujetar una cura en el sacro.

- Respecto al ajuste del pañal a la persona: El 62,5% (21) sienten que el tamaño del pañal no es el adecuado y un 37,5% (11) que opina que es su tamaño correcto. De los 27 pacientes con IU, un 37,3% (10) es de Urgencia, otro 37,7% (10) es tipo Funcional, un 14,81% (4) de Estrés y otro 13,18% (3) por Rebosamiento.

- En lo referente al cambio de pañal, los pacientes refirieron una media de 3,625 cambios de pañal al día. Este dato difiere del que describen las TCAEs, exponiendo ellas una media de 5,09 veces de cambios de pañal al día. Sobre la adecuación del tamaño del pañal, tanto la opinión de pacientes como la de TCAEs coincide, considerando ambos grupos encuestados que un 78,12% de los pacientes no se les ajusta correctamente, respecto a un 21,87% en donde sí que se ajusta correctamente.

Discusión

La principal motivación para realizar el estudio, es que en nuestro centro solo disponemos de un tamaño de pañal estándar y queríamos comprobar si cubría las necesidades de nuestros pacientes. Se eligió el mes de abril para que no influyeran los ingresos por gripe, que habitualmente se producen entre pacientes más vulnerables.

Es llamativo que los pacientes perciben en mayor grado que los pañales se ajustan a su tamaño, en relación a lo que opinan las auxiliares de enfermería, esto puede deberse por parte de los pacientes a la aceptación del rol de enfermo. A su vez, las auxiliares refieren más cambios de pañal que los que apuntan los pacientes, que probablemente sea el apunte correcto, ya que ellas llevan el registro.

La realización del estudio ha impulsado la compra de otro tipo de pañales y la elaboración de un protocolo para que según el tipo de incontinencia y grado de dependencia del paciente, se sigan unas acciones tanto educacionales como entrenamiento del hábito y vaciamiento programado y también teniendo en cuenta el uso de dispositivos absorbentes. Próximamente, pretendemos medir la implantación del protocolo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1). Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermúdez F, Cancelo Hidalgo MJ, Cuenllas Díaz A, Verdejo Bravo C, Grupo Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI). Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. URO A. 2010;23:52-66.
- (2). Brenes Bermúdez FJ, Cozar Olmo JM, Esteban Fuertes M, Fernández-Pro Ledesma A, Molero García JM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para Atención Primaria. Semergen. 2013;39(4):197-207
- (3) Ribeiro Bitencourt G, Ferreira Alves LA, Ferreira Santana, R. Practice of use of diapers in hospitalized adults elderly: cross-sectional study. Rev. Bras. Enferm. 71 (2). 2018. Doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0341.
- (4) Fernández-Lasquetty Blan B, Lorente Granados G, Tenías Burillos JM, Racionero Montealegre AL, Alcañiz Octavio I, Gigante León A. Adecuación del uso de absorbentes de incontinencia urinaria en pacientes adultos ingresados en un hospital. Enf Clínica. 2015;25(4):198-203. DOI: 10.106/j.enfcli.2015.06.001.

POSTER 68**AUTORES/AUTHORS:**

Angeles Pastor-Lopez, Manuel Rich-Ruiz, Elena Ruiz-Peñas, Pedro Muñoz-Pastor, Jose Hernández- Ascanio

TÍTULO/TITLE:

Relato biográfico: La experiencia enfermera en la atención a mayores en riesgo social

Conocer las características de los “mayores en riesgo social” que tienen dificultades de acceso y no encuentran respuesta en el sistema formal comunitario permitirá diseñar los mejores cauces y herramientas para abordar este tipo de situaciones de forma más eficiente, así como identificar las situaciones de riesgo que pueden servir para poner en marcha respuestas precoces que eviten complicaciones mayores. La enfermera dentro del Sistema Sanitario Publico Andaluz (SSPA) y en el ámbito de Atención Primaria tiene un papel importante para la identificación de esta población tan vulnerable, tanto en consulta como en la atención domiciliaria....

Presento un relato biográfico realizado a Rafi, enfermera del centro de Salud de Aeropuerto, perteneciente al Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir. Es una enfermera referente sobre todo por su dedicación y celo profesional para atender a la población así como implicación en el desarrollo de su trabajo, era una buena informante. Con más de 40 años de experiencia profesional ha trabajado en atención primaria desde el año 2009.

Objetivo:

conocer cuál ha sido su experiencia relacionada con la población mayor en riesgo social: dificultades, barreras así como tipo de respuestas que ha encontrado y como se han resuelto estos problemas presentados.

Metodología:

Se realiza entrevista en profundidad para la recogida de datos. La entrevista se realizó en la consulta de la investigadora, en el centro de salud. Previa información del motivo y metodología que se iba a utilizar, firmó consentimiento informado. La entrevista duró 1h y 13 minutos, fue grabada y posteriormente fue transcrita en su totalidad. Se recogen los temas emergentes relacionados con los objetivos propuestos.

Resultados:

Su discurso se centra en la experiencia relacionada con la atención con una paciente que durante más de un año se atendió en domicilio con déficit de cuidados. A lo largo de la entrevista aparecen otros casos, pero es éste el que está presente de forma continuada en todo el discurso.

Entre los temas emergentes:

Perfil de la persona mayor: “hacer su santa voluntad”, “no dejaba hacer, no se dejaba hacer nada, no dejaba” “Yo creo que son personas que no quieren reconocer o no son capaces de reconocer que no son capaces ellos de cuidarse ellos mismos...” (Antonia)

Identificación del problema pero NO de la solución: “Yo hasta que no me vine a primaria no sabia la cantidad de personas mayores que había viviendo solas”

Redes de Apoyo que tienen los mayores: “no me abre nadie..” y me dieron las llaves y ya está, y hombre, que yo que se... y ni saben nada “Tú dices que lastima de mujer que no le hacen ni puñetero caso los hijos... Y la Magdalena está ahí por esta cuidadora, por Carmen, eh; que es una bendita, sabes?”

La familia: Yo no sé si tengo poder para decirles a los familiares las cosas o no. Yo que sé, no se si hay alguien que tenga el poder de obligar a los familiares

Desgaste emocional: “Y yo me vi... sola, porque... cuantos años nos tiramos.. eh? Desde que iba a ponerle la insulina todos los días.. Eh? Todos los días, tos los días, tos los días” “Que si tiene que hablar con quien sea, con el otro, o con quien sea, con el juez, con el ministro... pero... que yo ya siga haciendo mi trabajo, que no, por que yo creo , que las enfermeras no somos quien tenemos que solucionarlo”

“y se lo quitaron de en medio, y le dijeron a la que iba que no tuviera allí brasero, que le echara todas las mantas que hiciera falta, pero brasero...no. Y asi se tiró por lo menos tres años”

Soluciones:

Apoyo institucional: “la solución que esa mujer la hubiesen... (silencio) como se dice... incapacitado antes” “hasta que no vino este director, y la Conchi, que fueron los dos allí (la dirección). Vieron el panorama que había, ¿eh? Y entonces ya, al poco tiempo, yo creo que fue al mes, o algo así, al mes, la metieron.

“y hablé con todo el mundo que yo tuve que hablar pero... nadie le pone la guinda”

“nos exigen que hagamos las leyes de dependencia muy rápidas, pero ellos después tardan años en contestar”... “si tienen apoyo familiar puede haber alguna respuesta, pero si están solos, esos problemas si no tienen familiares ninguno, el problema mejor, es meterlo en una residencia”.

Cuidados 24 horas: “poniéndole una mujer que estuviera pendiente las 24h y se le ha dicho a los hijos Pero los hijos, no quieren soltar los dineros

Respuesta institucional/ Soluciones:

“Apoyos "pienso que no hubiera tanta burocracia, por ejemplo, que sirva que, que yo hable contigo, que yo hable con quien sea, y no, hazme un informe, otro informe, hazme un no sé qué, un no sé cuántos... que yo tenga un problema y que no me mareen.

“habría que tener un camino, de que no fuese tan difícil, vamos a suponer, que yo decirle al jefe o a la jefa •”esta ocurriendo esto... o eso, y ellos tuvieran mano para decir, “pues esta mujer... se mete en una residencia””

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1- Instituto Nacional de Estadística

http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratis¶m2=1259925408261¶m4=Mostrar

2- Estrategia Nacional de personas mayores para un envejecimiento activo y para su buen trato. (2018/2021). Consejo Estatal de las personas mayores. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad.

<https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/844/02EFE9D3.pdf>

3- Martín Lesende, I. Detección de ancianos de riesgo en atención primaria. Aten Primaria 2005;36:273-277

4- Olivaa, J Zunzunegui, MV, García-Gómez, P. Herrera, E. Desafíos en la autonomía y la atención a la dependencia de la población mayor. Síntesis Gac Sanit. 2011;25(S):1-4 file:///C:/Users/usuario/Downloads/S02139111100389X_S300_es.pdf

5- Cartera de Servicios de Atención Primaria en el Servicio Andaluz de Salud.

Web: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_carteraserviciosAP

POSTER 74

AUTORES/AUTHORS:

M^a del Mar Yagüe Sebastián, Aurora Pociña Nieves, Rebeca Royo Jordan, M^a Pilar Yagüe Sebastián, Mireya Sartaguda Alabart, M^a Concepción Sanz Rubio

TÍTULO/TITLE:

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN VARONES PROSTATECTOMIZADOS. ALTERNATIVA EFICAZ PARA LA INCONTINENCIA URINARIA IATROGÉNICA

El cáncer de próstata es el segundo proceso oncológico más prevalente en varones en el mundo. En 2018, la Sociedad Española de Oncología Médica lo consideró la neoplasia más frecuente en varones en nuestro medio. La incidencia de la neoplasia maligna de próstata en Europa, es de 161.360 casos nuevos por año, con una mediana de edad de 72 años y aumento exponencial tras los 501. Un tratamiento de primera elección, en caso de tumor localizado, es quirúrgico. La técnica utilizada es prostatectomía radical, asociada o no a resección vasculonervioso, de vesículas seminales y/o ligamento puborrectal, según la extensión de la neoplasia2. La supervivencia a los 15 años es del 90 % de los pacientes3.

Dada la elevada supervivencia y la alta incidencia del carcinoma de próstata, se deben tener en cuenta las secuelas generadas. Estas incluyen múltiples aspectos: físico, psicológico, social, de calidad de vida y económico3. La incontinencia urinaria (IU) es la principal complicación, algunos autores hablan de que es un factor predictor independiente para afectación psicológica, física y social de quien los padece.

Los estudios sobre la IU en varones2,4 son escasos y no son concluyentes acerca de la efectividad de este tratamiento.

A pesar de no estar protocolizada su intervención, la fisioterapia se elige como tratamiento conservador en los siguientes 6-12 meses tras la cirugía1,4,5.

OBJETIVO: El objetivo es comprobar si la fisioterapia combinada compuesta por ejercicios, biofeedback(BF) y electroestimulación(EE), en pacientes con secuela de IU tras prostatectomía, contribuye a disminuirla y mejorar su calidad de vida (CV).

MÉTODOS: pres un estudio observacional, prospectivo, de tipo antes-después, sin grupo control de comparación. La muestra son 14 pacientes con IU tras prostatectomía, derivados a la unidad de suelo pélvico del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, desde enero a abril de 2019.

La recogida de datos se realiza durante un programa de tratamiento fisioterápico, basado en práctica clínica habitual, con duración de 3 semanas. Semanalmente, cada paciente ha realizado 3 sesiones de BF y EE y 2 sesiones de ejercicios: respiratorios, de Kegel e hipopresivos. Estos ejercicios tras su aprendizaje deben incorporarse en sus actividades de la vida diaria.

Las variables se miden al comienzo y al final del tratamiento. Al ser nuestro objetivo principal la IU, se decidió recoger las siguientes variables principales:

- Pad Test de 24 horas (PT) (ml que pesan los pañales/día)
- Escalas de presencia de IU: International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-IU-SF)
- Escala de gravedad de IU: Test Sandvick (TS)

Las variables secundarias recogidas:

- Test de calidad de vida King,s Health Questionnaire (KHQ)
- Test Incontience Quality of Life (IQOL)
- Registro de la contracción máxima de suelo pélvico realizada con BF en mmHg

Las escalas anteriores están validadas, su interpretación a mayor puntuación mayor IU y peor calidad de vida, salvo la última que es a la inversa.

RESULTADOS: El análisis estadístico se ha realizado informáticamente con el programa SPSS 25.0. La media de edad es de 66,79 años. Varones que han sido diagnosticados de neoplasia maligna prostática, en los estadios T2 y T3, con prostatectomía radical.

El PT tuvo una media al comienzo del tratamiento de 539,71 ml, al final de 299,71. En cuanto a la mejora de la contracción muscular del SP la media registrada de contracción máxima previa al tratamiento fue de 21,93 mmHg, tras finalizarlo fue de 66,07mmHg.

En el cuestionario de ICIQ-IU-SF previo a tratamiento se obtuvo una media de 16 y al terminar de 11,21. En TS al inicio la mediana fue de 8,14 y al finalizarlo de 5,5; pasando de IU grave a moderada. Los cuestionarios de calidad de vida la media anterior al tratamiento fue en el KHQ de 32, la posterior de 17,29. En IQOL previo fue de 65,21, y la posterior de 76,5.

Todos los resultados obtenidos han referido una mejora estadísticamente significativa ($p=0,001$) en el objetivo de abordar la reducción de la IU, asumiendo un nivel de confianza del 95%.

DISCUSIÓN: En la muestra del estudio se ha producido mejoría de la contracción del SP, de la continencia urinaria y de la calidad de vida tras el tratamiento fisioterápico.

La piedra angular del tratamiento fisioterápico de la IU continúa siendo el correcto aprendizaje y realización de ejercicios de Kegel^{6,7,8}.

Hay autores, como Ramírez-Vélez et al que describen una evidencia limitada con la utilización del BF⁹, otros como Mallo-Badellino que incluso describen empeoramiento con el uso de EE³. En este estudio se han aplicado las 3 técnicas combinadas: ejercicios, BF y EE, evidenciando una mejoría de la contracción muscular multiplicada por tres desde el inicio del tratamiento al final del mismo, similar a la obtenida por autores como Hsu et al¹⁰. Es un tratamiento integral, que autores como Pena Outeiriño et al⁷, defienden por la mejora que producen.

Al igual que en este estudio autores como Mallo-Badellino y Rigatti^{3,6} observan una relación directa entre mejora de la contracción muscular y de la continencia urinaria, así como de la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Pereira P, Ramirez-Vargas RD, Fernández-Calvo O. Cáncer de Próstata. Guía Fistera. 2018, Fistera.com, Atención Primaria en la Red. Actualizado el 20 de julio de 2018
2. Schega L, Törpel A, Hein N, Napiontek A, Wenzel C, Becker T. Evaluation of a supervised multimodal physical exercise program for prostate cancer survivors in the rehabilitation phase: Rationale and study protocol of the ProCaLife Study. Contemporary Clinical Trial. 2015;45: 311 – 319
3. Mallo-Badellino J, Sánchez-Buranera M, Moreno-Atanasio E, Tinoca- Gonzalez J. Resultados en la calidad de vida y la severidad de la incontinencia urinaria tras rehabilitación en varones prostatectomizados por neoplasia de próstata. Rehabilitación (Madrid). 2015;49(4): 210 – 215
4. Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. Actas Urológicas Españolas. 2011;35(7): 373 – 388
5. Bakula ES, Kichzewski M, Sliwinski Z. Efficacy of physiotherapy for urinary incontinence following prostate cancer surgery. Bio Med Research international. 2014: 1 – 9
6. Rigatti L, Centemero A, Lughezzani G, Larcher A, Giraud D, Scapaticci E. The relationship between continence and perineal body tone before and after radical prostatectomy: a pilot study. Neurourol Urodyn. 2012;31(4): 513 – 6
7. Pena Outeiriño J, Rodríguez Pérez A, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco J. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Actas Urológicas Españolas. 2007;31(7):719 – 731
8. Arroyo Fernández R, García-Hermoso A, Solera-Martínez M, Martín Correa MT, Ferri Morales A, Martínez-Vizcaíno V. Improvement of Continence Rate with Pelvic Floor Muscle Training PostProstatectomy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Urología Internationalis. 2015;94(2):125 -132
9. Ramírez-Vélez R, Ocampo-Trujillo Ai, Meneses E, Chavez JF. Efectividad de la intervención con biofeedback en el tratamiento conservador de la incontinencia urinaria posprostatectomía. Una revisión sistemática. Rehabilitación (Madr). 2014;48(2):93 - 103
10. Hsu LF, Liao YM, Lai FC, Tsai PS. Beneficial effects of biofeedback-assisted pelvic floor muscle training in patients with urinary incontinence after radical prostatectomy: A systematic review and metaanalysis. Int J Nurs Stud. 2016;60:99 – 111.

POSTER 76**AUTORES/AUTHORS:**

CARLOS ALONSO CORCUERA, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO, NURIA ALONSO CORCUERA, ALBA SANTIAGO GARCÉS, YOLANDA CORCUERA MARTÍNEZ, ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ

TÍTULO/TITLE:

¿Realmente el gimnasio va a mejorar mi salud? (Análisis del perfil profesional de los monitores deportivos)

Introducción y objetivo: salud y ejercicio físico son dos conceptos íntimamente ligados que permiten mejorar la calidad de vida de las personas. Uno de los lugares en los que se puede realizar ejercicio físico son los centros deportivos, que deberían contribuir por tanto a mejorar el nivel de salud de la población. En los gimnasios trabajan los monitores deportivos, que presentando una formación muy heterogénea, realizan recomendaciones que en ocasiones se incardinan directamente con aspectos relacionados con la salud. El objetivo principal de este trabajo consistió en analizar la actividad profesional de los entrenadores personales de los centros deportivos.

Material y método: estudio descriptivo transversal, realizado con metodología cuantitativa, a través de un cuestionario de elaboración propia dirigido mediante muestreo no probabilístico intencional a entrenadores personales de gimnasios del municipio de Madrid. Se recogieron variables demográficas (género y edad), nivel de formación académica, distrito municipal en el que se ubica el centro deportivo y años de experiencia de los entrenadores. La medida de los resultados se enuncia en cifra numérica exacta al tratarse de un grupo reducido y se expresa en medias, porcentajes con respecto al total del grupo muestra.

Resultados: se obtuvieron 133 cuestionarios que evidenciaron que el 45,9% de los entrenadores estaba en el rango de edad entre 26 y 35 años. La mitad de ellos tenía una experiencia laboral de entre 3 y 10 años y solo el 12% tenía titulación universitaria asociada al deporte. El 38% de los monitores poseía únicamente titulación no avalada por organismos oficiales. Entre las actividades que desarrollaban, las más frecuentes fueron actuar como entrenador personal (70%), seguido de la impartición de clases colectivas (60,2%). En materia de salud, el 72% de los monitores prescribían tratamientos para la potenciación muscular, hasta un 84% aplicaban termoterapias y un 71% realizaba intervenciones nutricionales. La mitad de los encuestados afirmó no disponer de formación en suplementación deportiva y un 18% reflejó que recomendaba dicha suplementación inducido por los gestores del centro deportivo. El 87,2% de los monitores deportivos se había enfrentado a una situación de compromiso de la salud de sus clientes aunque el 13% reflejó que no sabría utilizar un desfibrilador automático (DESA). El 63,2% consideró necesaria la incorporación de profesionales sanitarios a los centros deportivos, decantándose por la figura del médico especialista en Medicina Deportiva en primer lugar. La necesidad de incorporar un profesional de Enfermería fue refrendada por el 45,1% de los encuestados. Implicaciones para la práctica clínica: la mayoría de los monitores de centros deportivos realizan intervenciones significativas en salud pese a no disponer de una titulación específica que avale su actividad. En general perciben la necesidad de implementar profesionales de la salud en los gimnasios, aunque se decantan por la figura del médico, el fisioterapeuta o el nutricionista antes que por el profesional de Enfermería. Éste podría tener un papel relevante dentro de los centros deportivos participando en la prevención, la asistencia a las lesiones deportivas y la promoción del ejercicio físico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *The Lancet Global Health* [Internet]. 2018 [consultado 20 Feb 2019]; 6: 1077-1086.
2. Grady P A, Gough L L. Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. *Revista Panamericana de Salud* [Internet]; 2015 [consultado 16 Feb 2019].
3. Wright D, Hannah R. Recovery from cancer through sport and activity. *British journal of nursing* [Internet]. 2012 [consultado 19 Feb 2019]; 21(4): 255.
4. Revuelta L, Esnaola I, Goñi A. Relationships between adolescent physical selfconcept and physical activity. *Universidad Autónoma de Madrid. Comunidad Virtual Ciencias del Deporte* [Internet]. 2016 [consultado 20 Feb 2019]; 132: 343-350.
5. Veiga O L. Encuesta Nacional de Tendencias de Fitness en España para 2019. *Retos* [Internet]. 2019 [consultado 25 Feb 2019]; 35(1): 341-347.
6. Fernández García J. Atención de enfermería en competiciones deportivas. El botiquín de campo. *Revista Rol de Enfermería*

[Internet]. 2008 [consultado 10 Feb 2019]; 31(12): 800-804.

7. Weber M L, Welch Bacon C E, Mcleod T V. School Nurses' Management and Collaborative Practices for Student-Athletes Following Sport-Related Concussion. *The Journal of school nursing* [Internet]. 2018 [consultado 17 Feb 2019].

8. Abad López M, Gal Iglesias B, Acebedo E. Concienciación y actuaciones de enfermería ante la muerte súbita en el deporte: una aproximación cualitativa. Tesis doctoral [Internet]. 2018 [consultado 21 Ene 2019].

9. Montes Domínguez L J, Gómez Salgado J, Perelló Campaner C. Fundamentos de la enfermería del deporte. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), Madrid: FUDEN; 2008.

10. Socorro Santana F. Presente, pasado y futuro de los desfibriladores externos automáticos para su uso por no profesionales. *Emergencias* [Internet] 2012 [consultado 5 may 2019]; 24: 50-58.

11. Meseguer Liza C. Presente y futuro de la formación en enfermería deportiva. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2008 [consultado 14 Mar 2019]; 11(2): 57-60.

12. Escalante Yolanda. Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la salud pública. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2011 Ago [citado 2019 Jun 13]; 85(4): 325-328.

POSTER 78**AUTORES/AUTHORS:**

DANIEL CATALINA PALOMARES, BLANCA TORROGLOSA VILLAFRUELA, LUCIA PEREZ PEREZ, ROSA ISABEL PILAR GOMEZ, SERGIO FERNANDEZ VAQUERIZO

TÍTULO/TITLE:

INCIDENCIA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN LA UNIDAD DEL ICTUS

Objetivo general:

- Conocer la incidencia de las infecciones del tracto urinario en pacientes ingresados en la unidad del ictus del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos específicos:

- Descubrir la incidencia de infecciones del tracto urinario en pacientes con ictus portadores de sondaje vesical.
- Saber la incidencia de infección del tracto urinario en pacientes con ictus no sondados incluyendo pacientes continentales e incontinentes.
- Valorar si la diabetes mellitus asociada al ictus tiene repercusión en la incidencia de infección del tracto urinario.
- Comparar la incidencia de infecciones del tracto urinario relacionando la obesidad en el paciente con ictus.
- Determinar la relación de la incidencia de la infección del tracto urinario según el sexo del paciente.

Métodos:

Diseño: Se trata de un estudio descriptivo, observacional, cuantitativo, longitudinal y prospectivo.

Población diana: Pacientes ingresados en la Unidad del Ictus del Hospital Clínico Universitario de Valladolid que sufren un ictus.

Muestra: Todos los individuos afectados por un accidente cerebrovascular agudo que ingresen en la unidad del ictus del HCUV en el periodo de tiempo del estudio.

Tamaño muestral: El tamaño de la muestra total fue de 125 individuos. El tamaño muestral necesario para 87 participantes, teniendo en cuenta un 30.4% de pérdidas por falta de pruebas diagnósticas es de 87 participantes.

$N(125/125-30.4\%)= N=87$

$N= 87$. La muestra observada cuenta con 87 individuos.

4.5. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico clínico de ictus (independientemente del tipo y localización del mismo) que ingresa en la unidad del ictus en el HCUV.
- Paciente que sea diagnosticado de ictus en la comunidad autónoma de Castilla y León (CyL).

Criterios de exclusión

- Pacientes no ingresados en la unidad del ictus del HCUV.
- Pacientes que estando en la unidad del ictus no se les ha realizado sistemático de orina o urocultivo.
- Pacientes ingresados en la unidad del ictus, pero no pertenecen al servicio de salud de Castilla y León.

Duración de la intervención: La intervención comenzó en noviembre, mes en el que se planteó la recogida de datos y se obtuvo el permiso del CEIm Área de Salud Valladolid Este para llevar a cabo el estudio. Del 1 de diciembre de 2018 hasta el día 28 de febrero de 2019 se recogieron los datos. En marzo y abril de 2019 se llevó a cabo el análisis de los datos obtenidos.

Como recursos humanos fue el personal de enfermería y técnicos de laboratorio y también diferentes recursos materiales.

Las variables a recoger fueron, sistemático de orina, sondaje vesical, sexo, diabetes mellitus, obesidad.

Análisis estadístico: Por medio del programa Excel se creó la base de datos de la investigación y por medio del programa estadístico IBM SPSS Statistics Versión 24®.

Consideraciones ético-legales: Para la realización del estudio se han realizado los trámites necesarios, solicitando al CEIm del Área de Salud Valladolid Este, el permiso oportuno.

Resultados:

Con los datos obtenidos se puede realizar una comparación con el estudio EPINE 2018 en el que se fijó la incidencia de ITU dentro de las infecciones nosocomiales en un 17.43%. En el estudio realizado en la UI se encontró una prevalencia de las ITU en la UI de un 44.8% [IC95% (34.1%-55.5%)], que implica una diferencia bastante evidente del 27.37%.

Por otro lado, tenemos la prevalencia de aplicación de SV que es de 37.9% [IC95% (27.5-48.3)]. Dentro de la muestra de pacientes con ITU (39 individuos) la incidencia de pacientes portadores de sonda es del 53.8% [IC95% (37.8%-69.8%)].

Dentro del resto de variables:

- Diabetes Mellitus: 28.7% [IC95 (19%-38.4%)] en la muestra total y 35.9% [IC95% (20.5%-51.3%)] en pacientes con ITU.

Obesidad: 17.2% [IC95% (9.1%-25.3%)] en el total y 17.9% [IC95% (5.6%-30.2%)] en los pacientes con ITU.

Sexo: en la muestra total el sexo masculino cuenta con el 56.3% [IC95% (45.7%-66.9%)] mientras que el femenino con el 43.6% [IC95% (33.1%-54.3%)] restante. Dentro de los pacientes con ITU, el 34.7% [IC95% (21.1%-48.3%)] son hombres mientras que el 57.9% [IC95% (41.9%-73.9%)] son mujeres.

Discusión:

Hay que destacar la labor tan importante de las enfermeras en la correcta inserción y cuidados de los SV, tanto en la UI como en el servicio de urgencias y la sala de neurointervencionismo previamente descritas, así como todos los cuidados que la terapia requiere por esta razón es importante detectar si de verdad el porcentaje de pacientes con ITU es alto y poder reaccionar ante tal evento.

En la práctica clínica hay que resaltar la importancia de la valoración de enfermería para poder detectar precozmente cualquier manifestación de inicio de ITU, así como la importancia de los cuidados de enfermería en estos pacientes, supervisando y colaborando en una correcta higiene y los correspondientes cuidados en el sondaje vesical.

Potenciar, mejorar y perfeccionar todas las técnicas encaminadas a disminuir la incidencia de las ITU.

Sería interesante además programar una actuación conjunta entre personal de

atención especializada con personal de atención primaria para continuar valorando el estado del paciente y mas concretamente, la aparición o no de sintomatología urinaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. T. Hooton. Patient education. Urinary tract infections in adolescents and adults (Beyond the basics) [Internet]. UpToDate. 2018. [Citado 5 de abril de 2019] Recuperado a partir de:
<https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-adolescents-and-adults-beyond-the-basics>
2. Pigrau C. Infección del tracto urinario. 1ª edición. Madrid: Salvat; 2011.
3. Pavanello R, Silva C, Frota Mendonça SH, Romero Aquino C, Soares da Silva AF, Malacchia JL et al. Principales factores de riesgo de infección del tracto urinario (ITU) en pacientes hospitalizados: propuestas de mejora. Enfermería global. 2009;15:2-5.
4. Tratado de geriatría para residentes, 1ª edición. (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2006).
5. Schünke M, Schulte E, Schummacher U, Voll M, Wesker K. Prometheus texto y atlas de anatomía. 3 vols. 3ª edición. Madrid: Editorial Panamericana; 2010. Pag 382.
6. Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. 2009. Madrid.
7. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España EPPS nº29. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene; 2018.
8. Feigin V, Roth G, Mohsen N, Parmar P, Krishnamurthi, R, Chugh, S, et al. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2016;15:913-924.
9. Defunciones según la Causa de Muerte en el año 2017; INE; 2018.
10. Mackay J, Mensah G, Mendis S, Greenland K. The atlas of heart disease and stroke. Ginebra: WHO; 2004. 50-54.
11. Quezada MY, Bascones LM, Huete A. Estudio sobre daño cerebral e inserción social. Informe final de resultados. ONCE; 2016.
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Evaluación de la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. 2009.

POSTER 79**AUTORES/AUTHORS:**

Juan Rosselló Sancho, Maria Mercedes González López, Marta Villanueva Cendán, Pedro Sanz García, Montserrat Venturas Nieto

TÍTULO/TITLE:

Valoración de una acción Formativa transversal para enfermeras de cuidados intensivos de nueva contratación.

Introducción: La enfermería intensiva desarrolla su actividad en un entorno sumamente dinámico y cambiante. Por ello, la formación continuada (especialmente la desarrollada en los centros) pretende ayudar a desarrollar las competencias profesionales para llevar a término de forma eficaz las funciones propias del puesto de trabajo contribuyendo a conseguir los objetivos organizativos y estratégicos, así como la mejora en el servicio de atención al paciente. Uno de los puntos clave es la evaluación de la formación, aceptando las sugerencias, críticas y quejas dadas por los participantes para mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje futuro. En el hospital Clínic de Barcelona, desde el área de cuidados intensivos, se programa una acción formativa para las enfermeras de críticos de nueva contratación, con la particularidad de que toda la formación está desarrollada por el propio personal de las UCIs del hospital con el fin de adecuarla a las necesidades formativas propias.

Objetivos: Conocer la valoración de la calidad de la formación que hacen las enfermeras de críticos de nueva contratación de una acción formativa transversal específica de UCI.

Metodología: encuesta anónima con 12 ítems y un espacio para sugerencias/comentarios a las enfermeras de críticos de nueva contratación, participantes del curso formativo transversal de UCIs realizado los meses de abril y mayo en el Hospital Clínic de Barcelona. Interpretación de los resultados de la encuesta con una escala de Likert de 4 puntos: respuestas mayores a 2 son consideradas aceptables y menores a 2 no aceptables.

Resultados: Se analizan 26 encuestas, donde destaca que todos los ítems reciben una puntuación mayor de 3. Destacan por mayor puntuación que el número de alumnos ha sido el adecuado para el desarrollo del curso (3,96); los medios didácticos están actualizados (3,88) y que la forma de impartir el curso ha facilitado el aprendizaje (3,84). Por el contrario, los ítems que han recibido una puntuación más baja son la duración del curso (3,04); la combinación adecuada entre teoría y práctica (3,11) y la organización horaria del curso (3,23). Estos datos se refuerzan con los comentarios de los asistentes.

Discusión: El nivel de aceptación de todos los ítems de la acción formativa transversal para enfermeras de cuidados intensivos de nueva contratación indica que en general, ha cumplido los objetivos y las expectativas tanto de las enfermeras como del propio hospital. No obstante, se tendrán que realizar pequeñas modificaciones para mejorar aquellos aspectos que han obtenido peor puntuación a la hora de replicarlo en futuras ediciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**Bibliografía:**

- Vázquez Guillamet B, Guillamet Lloveras A, Martínez Estalella G, Pérez Ramírez F. Innovaciones en los métodos de formación continuada/permanente de las enfermeras de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2014;25(2):65-71.
- Marqués Andrés S. Formación Continuada: herramienta para la capacitación. *Enferm. glob.* vol.10 no.21 Murcia ene. 2011
- Mora Martínez JR. Evaluación de la calidad percibida de un programa de formación continuada por la metodología SERVQUAL-FOR. *Nure-Investigación*, nº2, Febrero 2004.

POSTER 81**AUTORES/AUTHORS:**

Marina Ramírez, Aurora Fontova, Miriam Bonal, Núria Carreras, Joan Colomer, Carla Aguilera

TÍTULO/TITLE:

La satisfacción con la atención enfermera de los acompañantes de los usuarios del servicio de urgencias

Objetivos

Describir el grado de satisfacción de los acompañantes de los usuarios del servicio de urgencias y conocer la relación entre las variables sociodemográficas de los acompañantes y la satisfacción.

Métodos

Estudio descriptivo analítico con una muestra no probabilística, sobre el grado de satisfacción de los acompañantes de los usuarios visitados en el servicio de urgencias respecto la atención enfermera, mediante una encuesta. La población de estudio fueron los acompañantes de los usuarios del servicio de urgencias que cumplían los siguientes criterios de inclusión: acompañantes de los usuarios atendidos en el servicio de urgencias mayores de dieciocho años, acompañantes que permanecían con el usuario durante su estancia en el servicio de urgencias, acompañantes de los usuarios atendidos en el área de boxes de medicina y traumatología y acompañantes de aquellos usuarios que eran dados de alta o ingresados en el servicio de hospitalización entre las 16h y las 20h. Se llevó a cabo una muestra de conveniencia durante dos semanas seleccionando aquellos acompañantes de los usuarios que les daban el alta o eran ingresados. Se estudiaron las variables sociodemográficas, la información sobre el tiempo de estancia al servicio y el género del profesional que los atendió. Se pasó la encuesta Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS), validada para la población española. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de investigación Clínica (CEIC) de referencia. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS®.

Resultados

Se realizaron 72 encuestas. La media de edad fue de 58,0 años (DE=13,7) y el tiempo de estancia tuvo una duración con una mediana de 4,9 horas (Min=0,8h y Max=22,6h).

La puntuación media de la satisfacción fue de 64,6 puntos (DE=6,3). Al dividir la muestra entre usuarios satisfechos y no satisfechos, el 98,6% resultaron estar satisfechos con la atención enfermera.

La edad de los encuestados y el tiempo de estancia en el servicio fueron dos variables asociadas a la satisfacción, observando que a mayor edad [$p=-0,242$] y, a menor tiempo de estancia en el servicio de urgencias [$-0,243$] mayor satisfacción.

El resto de variables sociodemográficas no demostraron tener relación con la satisfacción.

Discusión

La edad de los encuestados fue similar a la edad observada en otros estudios de características similares. Respecto a la situación laboral menos de la mitad de los encuestados se encontraban en situación activa hecho, que difiere otros estudios revisados.

La satisfacción global del presente estudio fue elevada, al mismo tiempo que lo eran otros estudios revisados. La encuesta que se utilizó para la presente investigación se agrupaba en dos dimensiones, siendo estas la competencia de la enfermera y la información recibida por parte de la enfermera en el momento del alta o el ingreso, las cuales estaban relacionadas con la satisfacción global.

Tanto en el presente estudio como el resto de estudios revisados demostraron una satisfacción elevada en las dos dimensiones analizadas.

En nuestro estudio la edad se relacionó con la satisfacción de igual manera que otras investigaciones. Tanto en el presente estudio como otro estudio realizado en un servicio de urgencias, se observó una relación entre el aumento de la satisfacción y el aumento de la edad.

El resto de variables sociodemográficas no demostraron tener relación con la satisfacción.

Es difícil comparar el presente estudio con la literatura existente, ya que la mayoría de estudios no tratan de la satisfacción de los acompañantes en concreto, sino de los usuarios o de los usuarios y acompañantes en conjunto.

Implicaciones a la práctica clínica

Este estudio ha servido para observar la satisfacción de los acompañantes y conocer la percepción de éstos hacia el servicio de

urgencias. Conocer la satisfacción de los usuarios respecto a la atención enfermera, permite establecer estrategias de mejora de la calidad.

Conclusiones

Los acompañantes de los usuarios del servicio de urgencias estuvieron satisfechos con la atención de enfermería, la competencia de la enfermera y la información recibida por parte de la enfermera en el momento del alta o el ingreso.

Solo se observó una asociación débil entre la edad y la satisfacción global y entre la satisfacción de la competencia de la enfermera y el tiempo de estancia en el servicio de las personas que respondieron la encuesta. Así mismo, se observó que los acompañantes que presentaban una edad avanzada y permanecían un menor tiempo en el servicio de urgencias mostraban mayor satisfacción. El resto de características sociodemográficas no demostraron estar relacionadas con la satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

Fontova-Almató A, Suñer-Sole R. Cartas al editor. La importancia del triaje en los servicios de urgencias. *Emergencias* [Internet]. 2017 [citado 25 enero 2019];29(1):204-10. Disponible a:

<http://emergencias.portalsemes.org/descargar/la-importancia-del-triaje-en-los-servicios-de-urgencias/>

Cuñado Barrio A, Bernardo García C, Rial Cereijo C, Marco Arraiza A, García López F. Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS). *Enfermería Clínica*. 2002;12(5):273-80

Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría RM, Más Castillo A, Hidalgo Montesinos MD, Gomis Cebrián R, Calle Urra JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit* [Internet]. 2012;26(2):159-65. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.014>

POSTER 85**AUTORES/AUTHORS:**

Mercedes Cifuentes Rubio, Martina Gómez del Olmo, Silvia González Bello, Ana Belén Arredondo Provecho, María José García Bueno

TÍTULO/TITLE:

Seguridad en la devolución al Banco de Sangre de componentes sanguíneos una vez trasfundidos

Objetivo

La transfusión sanguínea es uno de los tratamientos médicos más utilizados y más seguros. La Organización Mundial de la Salud, recomienda utilizar mecanismos, como comités de transfusión y hemovigilancia en los hospitales, para controlar y mejorar la seguridad del proceso de transfusión. El 77% de los hospitales Europeos, cuentan con directrices nacionales sobre el uso clínico adecuado de la sangre y el 99% con sistemas de notificación de efectos adversos.

En nuestro hospital, las bolsas transfundidas son devueltas al Banco de Sangre donde se almacenan una semana. Estas, llegarán cerradas para evitar riesgos de exposición a los profesionales que las manipulan, como para efectuar estudios microbiológicos aceptables en caso de reacciones transfusionales.

El objetivo del estudio es conocer las condiciones en las que llegan al Banco de Sangre las bolsas una vez transfundidas.

Método

Estudio descriptivo transversal realizado por el Servicio de Transfusión del Hospital Universitario Fundación Alcorcón durante los meses de noviembre, diciembre de 2018 y enero de 2019.

La recogida de datos, se ha realizado mediante un formulario diseñado específicamente, en el que se han recogido las variables relacionadas con las condiciones en las que se devolvieron. Se ha utilizado una base de Excel y se analizaron mediante el programa SPSS para Windows.

Resultados

Se observaron un total de 685 (100%) bolsas transfundidas en las distintas áreas asistenciales de nuestro hospital, fue el turno de noche el que los devolvió más veces sin tapón 68% (83), seguido del turno de tarde 57,8% (197) y del turno de mañana 48,6% (108). Así mismo, el área que más los devolvió sin tapón fue urgencias el 76,7% (102) y el bloque B el 76,7% (102). Fueron la UCC el 47% (31) y el H.D. 25,5% (25) los servicios que menos veces los devolvieron sin tapón.

Las condiciones de llegada de las bolsas transfundidas fueron:

- 33,6% (230) con tapón; fueron transfundidas 96 en turno de mañana, 111 de tarde y 23 de noche
- 56,6% (388) sin tapón; 108 en turno de mañana, 197 de tarde y 83 de noche
- 7,4% (51) tapadas con otros métodos como esparadrapos, guantes o ampollas de salino; 9 en el turno mañana, 26 de tarde y 16 de noche.
- 2,3% (16) con aguja; 9 en el turno de mañana, 7 de tarde y ninguna en el turno de noche

Así mismo, por tipo de hemoderivado transfundido y devuelto:

- 34,1 % (185) de los Concentrados de Hematíes vinieron correctos y el 65,9% (357) no
- 33,9% (42) de los Pool de Plaquetas vinieron correctos y el 66,1% (82) no
- 15,85% (3) de los Plasmas Frescos Congelados vinieron correctos y el 84,2% (16) no

Al analizar los registros cumplimentados por enfermería en cada transfusión:

- Turno de mañana: 64,4% eran legibles y el 35,6% no
- Turno de tarde: 68,9% eran legibles y el 31,1% no
- Turno de noche: 54,1% eran legibles y el 45,9%.no

Discusión y conclusiones

Implantar el uso obligatorio de tapón y educar en el manejo de la bolsa transfundida puede garantizar el estudio de reacciones postransfusionales del paciente.

Además reduce la exposición a fluidos de todos los profesionales implicados en la manipulación de las mismas y evita contaminaciones de las superficies en contacto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability>

POSTER 86**AUTORES/AUTHORS:**

Natividad Cañellas Reverté, Soraia Piñol Segura, Maria Cinta Panisello Sebastia, Astrid Vidiella Piñol, Remedios Herrera Arias, Yolanda Barroso Garcia, Maria lourdes Rodríguez alegre, Ester Guillamon Albalat, Maria Luz Pepiol Vidal

TÍTULO/TITLE:

SISTEMA DE DOBLE VERIFICACIÓN. EVALUACION DE LA IMPLANTACION EN FARMACOS DE ALTO RIESGO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

En España según los datos del Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), el 4% de los pacientes ingresados en hospitales experimentan eventos adversos relacionados con la medicación que en un 34,8% de los casos son evitables. Los errores de medicación (EM) se presentan en su mayoría durante la etapa de administración de medicamentos, la cual es responsabilidad directa del personal de enfermería y se considera una actividad de alto riesgo para la seguridad del paciente en relación con el número de veces que se ejecuta durante la atención. Un Medicamento de Alto riesgo (MAR) es aquel que cuando no se utiliza correctamente presenta una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes sino que, en caso de que se produzca un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves. La técnica de la doble verificación de medicamentos de alto riesgo forma parte de las prácticas específicas del uso del medicamento del hospital que recomienda la Guía para el Manejo del Medicamento de Alto Riesgo elaborada por el servicio de Promoción de la Calidad y Bioética del Departamento de Salud.

Objetivo general: evaluar los resultados de la implantación de un sistema de doble verificación en medicamentos de alto riesgo en el área médica del hospital "Verge de la Cinta" (HTVC).

Metodología: se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo, la población en estudio son los pacientes ingresados en el área médica del HTVC durante los meses de febrero a octubre de 2018 que se les administre medicación de alto riesgo. El tamaño de la muestra serán todos los pacientes que se les administren medicamentos de alto riesgo. Como criterios de inclusión: todos los pacientes que se les administre medicación de alto riesgo, como Instrumentos hemos utilizado, para el cumplimiento de la doble verificación, se utilizó la hoja de administración de medicamentos de alto riesgo y una hoja de datos clínicos que recogeremos de la Historia Clínica con las características de la patología

Resultados: desde la implantación del sistema de doble verificación de febrero a octubre del 2018, en el área médica se han administrado a un total de 48 pacientes, fármacos de alto riesgo, que se corresponde a un total de 144 oportunidades de realizar la doble verificación, estos pacientes presentan una media de edad de 63.8 años, repartidos por igual entre mujer y hombres. Los fármacos más utilizados han sido los monoclonales con un 54% seguidos de los citostáticos con un 40% y un 14 % de otros como el ganciclovir. Las patologías por las que fueron administradas fueron un 64% de neoplasias hematológicas, un 14% de otras patologías oncológicas, un 8% en pacientes con esclerosis múltiple, un 6% e patologías autoinmunes i un 8% de patologías infecciosas. De las oportunidades de realizar la doble verificación, de los cuales el 79% en especialidades 2 i el 21% en Medicina Interna. El 91.6% era medicación endovenosa, el 6.25% subcutánea i el 2.8% intratecal . De estas oportunidades se realizó la doble verificación a un 90.27% de las administraciones de medicamentos de alto riesgo de forma correcta y un 9.72% no se realizó la doble verificación. Entre las causas que no se realizó la doble verificación fueron: un 42% para que el tratamiento no fue considerado por el personal de la unidad como medicamento de alto riesgo, un 21% era personal polivalente y no tenía conocimiento de la doble verificación y un 14% por no ser la vía endovenosa la utilizada para administrar el medicamento de alto riesgo

Conclusiones: la realización de este estudio nos ha permitido evaluar el cumplimiento de la doble verificación y poder identificar puntos de mejora para poder garantizar mejor la seguridad del paciente. Hemos podido evidenciar que el cumplimiento de la doble verificación ha sido elevado , como lo es su eficacia, porque si existen errores se corrigen y no llegan al paciente Hemos podido valorar en aquellos casos en que no se ha llevado a cabo la doble verificación, haciendo propuestas de mejora El coste de implantación es muy bajo tanto económico como en tiempo de enfermería ya que no supone un incremento significativo de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ferner RE, Aronson JK. Clarification of terminology in medication errors: definitions and classification. Drug Saf 2006; 29: 1011-1022.
Otero MJ. Errores de medicación y gestión de riesgos. Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 527-540.
Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid:

2006.
<http://www.ismp-espana.org/documentos/view/39>
Armitage G, Knapham H. Adverse events in drug administration: a literature review. *J Nurs Manag* 2003; 11: 130-140.
Umeda, Lindsay A., "Reducing Avoidable Interruptions During the Medication Administration Process" (2014). Master's Projects and Capstones. 93.
Recomendaciones para la prevención de errores de medicación ISMP-España. Butletí
núm. 35 (octubre 2012). Disponible en línea a: <<http://www.ismpespana.org/ficheros/Boletin%2035-%20Octubre%202012.pdf>>
Guía para el manejo de los medicamentos de alto riesgo. Documento para la seguridad de los pacientes
Servicio de Promoción de la Calidad y la Bioética. Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria. Departamento de Salud. Septiembre de 2018.

POSTER 87**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA DEL MAR REYERO HERNANDEZ, JAVIER DOMINGUEZ IGLESIAS, JOSE ANTONIO NIETO REYERO

TÍTULO/TITLE:

IMPORTANCIA DE UNOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGUROS DURANTE LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS CUTÁNEAS CON VENENO DE HIMENÓPTEROS

Introducción

La realización de pruebas cutáneas o prick-test, es un método sencillo utilizado en el diagnóstico del paciente alérgico al veneno de himenópteros, donde se procede a la detección de Inmunoglobulina E específica frente al veneno del himenóptero implicado (*Apis Mellifera*, *Polistes* o *Vespula*) responsable de la reacción alérgica. La prueba de prick-test suele ser segura, aunque en ocasiones puede desencadenar reacciones adversas locales en piel y en raras ocasiones sistémicas.

Objetivo

Conocer la existencia de reacciones adversas durante la realización de pruebas cutáneas a pacientes con historia clínica compatible con alergia al veneno de himenópteros.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, procediendo a la revisión de historias clínicas de los pacientes adultos con alergia a himenópteros, que durante los últimos 5 años (2014-2018), el personal de Enfermería del servicio de alergia del hospital Virgen del Puerto de Plasencia, les realizó pruebas cutáneas prick-test de manera simultánea con 0.1 ml de veneno de abeja, vespula y *Polistes* a concentración de 10 mcg/ml, así como el control positivo (clorhidrato de histamina a 10mg/ml) y negativo (solución salina), con el fin de confirmar diagnóstico de alergia a himenópteros.

Resultados

Durante el periodo indicado se realizaron pruebas cutáneas a un total de 85 pacientes, siendo 56 hombres y 29 mujeres. Respecto al insecto causante de la picadura que provocó la reacción alérgica: 32 Abejas, 17 *Vespulas* y 36 *Polistes*. Del total de pacientes 2 presentaron reacciones adversas:

- Varón de 48 años, que tras picadura de avispa tuvo reacción anafiláctica moderada-grave (clasificación Müller grado IV), presentando al realizar pruebas cutáneas mareo, sudoración, con hipotensión y bradicardia, recuperándose al colocar al paciente en posición trendelenburg.
- Varón de 31 años, que tras picadura de avispa tuvo reacción anafiláctica moderada-grave (clasificación Müller grado IV), presentando al realizar pruebas cutáneas nerviosismo y parestesias en hemicuerpo, recuperándose, tranquilizando al paciente (al ser muy nervioso).

Conclusiones

Durante el periodo estudiado, solo se objetivaron dos reacciones adversas no anafilácticas, donde la actuación del equipo de enfermeras y alergólogas fue fundamental para realizar unos cuidados seguros con la máxima calidad.

La realización de las pruebas cutáneas o prick-test, no están exentas de riesgos de reacciones adversas, pueden variar desde una reacción local en piel, reacciones sistémicas o reacciones tipo vasovagales, reacciones histéricas entre otras. Dichas pruebas deberán realizarse en servicios especializados como son las unidades de alergología.

No existen conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Armisen M., Vidal C., López-Carballo C., Purriños MJ., Fernández-Ovide E., Piñeiro J. Alergia a veneno de himenópteros: epidemiología del área sanitaria de Santiago de Compostela. *Alergol Immunol. Clin.* 2001; 16:213-216.
2. Croce V.H. et al. Guía de práctica clínica. Alergia a picadura de himenópteros en pediatría. *Arch Argent Pediatr.* 2010;108(3):266-272.
3. Alamar Martínez R., Sierra Talamantes C., Zaragoza Ninet V., Olaya Alamar V. Prick-test en el diagnóstico de alergia cutánea. *Enfermería dermatológica.* 2012;17
4. Vázquez-Cortes S., Robledo Echarren T., Bartolome B., García -Rubio I., González Gutiérrez M L., Martínez-Cocera C. Anaphylaxis after carrying out prick tests. *An. Med. interna.* 2007;27(2):72-74.

5. Pérez TC. Protocolo de valoración clínica y diagnóstica de la anafilaxia. Medicine-programa de formación Médica Continuada Acreditado. 2001;8(36):1915-1917.

POSTER 89

AUTORES/AUTHORS:

Pedro Pastor Ballesteros

TÍTULO/TITLE:

VALORACIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DOCENTE, SEGÚN METODOLOGÍA OMS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

OBJETIVO Evaluar el impacto o eficacia de una intervención basada en la estrategia multimodal de la OMS, en un hospital general, su repercusión en la mejora del cumplimiento en la HM, y evaluar su repercusión en la prevalencia de las IRAS.

METODOLOGÍA La estrategia de implantación se basó en la estrategia multimodal de la OMS para evaluarla se establecieron indicadores de estructura, proceso y resultado. Para evaluar el cumplimiento de HM se diseñó un estudio cuasi-experimental prospectivo en el que se midió mediante observación directa no enmascarada, siguiendo la metodología de los 5 Momentos en HM propuesta por la OMS [1]. Se calculó el porcentaje de cumplimiento de HM y su intervalo de confianza al 95%. Para estudiar las diferencias en el cumplimiento de HM entre los 2 periodos se realizó un test de proporciones basado prueba Chi-Cuadrado para la comparación de proporciones y el nivel de significación se estableció en 0,10.

RESULTADOS El incremento en el cumplimiento de HM global fue de un 6.5 % [2], resultado consistente con estudios previos en hospitales [3; 4]. En el llevado a cabo por Pittet, se describe una mejora en el cumplimiento de un 44% en 1994, a un 66% en 1997 con un incremento medio anual de un 6%. La intervención belga realizada entre 2005 y 2011, logró tras 4 campañas anuales mejorar el cumplimiento de un 49% a un 79% con un incremento anual de un 7,5%. En un estudio similar al nuestro llevado a nivel regional en tres niveles asistenciales diferentes fue de un 9.3% [5]. El cumplimiento de HM mejoró en el global, pero en distinta proporción en las diferentes unidades, documentando unos niveles moderados-altos. El cumplimiento en indicaciones «antes» y «después» no es consistente con los resultados descritos en las revisiones sistemáticas que reportan cumplimientos de un 20% en momentos antes y entre un 30% y un 40% en después [8], obteniendo como resultado post-intervención un 42% para momentos antes y un 68% para momentos después pero si existe relación en sus proporciones a pesar de haber mostrado mayor grado de cumplimiento, debido a factores conductuales como la auto-protección [6]. Las condiciones estructurales eran cercanas al 84% en condiciones basales y mejoraron este estándar consiguiendo dotar de recursos a las unidades que previamente tenían una dotación insuficiente. Hubo un leve descenso en la prevalencia de infección pasando de un 8,43% a un 8,09%, probablemente debido a la puesta en marcha de programas de control de infección en otros ámbitos, y al resultado de otros existentes en el momento del estudio, pero con bastante relación con la mejora del cumplimiento de HM. El consumo de PBA aumentó un promedio de 8.22%, en los meses coincidentes y posteriores con el periodo de formación con una media de 323 litros/unidad/mes, para comenzar a descender hasta encontrarse a los 5 meses después de la intervención en valores anteriores a la formación [2]. Por momentos OMS a nivel global, la AHM se mantuvo estable para todas las indicaciones salvo en la indicación post-ent que mejoró en 8 p.p después de la intervención. La indicación que implica un mayor riesgo para los pacientes pre-asep obtuvo un buen cumplimiento en contraposición con otros estudios similares. La participación en las sesiones formativas fue de un 30,2%. Por categoría profesional, Enfermería, presentó porcentajes de participación del 41,2%, mientras que en las TCAE y facultativos este porcentaje fue inferior situándose en un 32% y un 3% respectivamente. Como en otros estudios similares se intentó que la formulación de los objetivos del estudio cumpliera, en la medida de lo posible dos condiciones, el de la relevancia en función de su novedad y aplicabilidad y el de factibilidad.

DISCUSIÓN A pesar de la mejora conseguida en la adhesión al cumplimiento de AHM, es necesario mantener una estrategia de consolidación y continuar trabajando para mejorar esta práctica básica de prevención y control de las IRAS, ya que es un aspecto a tener en cuenta y fundamental si se desea lograr resultados a largo plazo. Es necesario convencer tanto a los PS como a los gestores sobre la eficacia real de la HM, mediante campañas de formación que refuercen y mejoren los conocimientos en HM. Se deben diseñar estrategias de formación específicas que aborden las deficiencias identificadas en cada situación y que trabajen aspectos específicos según categorías. Favorecer no sólo la formación sino también el entrenamiento periódico. Mantener periódicamente estrategias de evaluación y retroalimentación. Mantener un programa sistematizado de mantenimiento y revisión de las condiciones estructurales. Se recomienda la creación de una guía o protocolo que recoja el mantenimiento y situación de las condiciones estructurales. Contar con apoyo institucional adecuado que mejore el clima institucional de seguridad y dedique presupuesto específico para no sólo la adquisición de PBA, si no para el desarrollo de campañas de prevención. Y es de suma importancia que existan líderes en el campo de la HM que sirvan como referentes y modelos a otros PS dirigiendo y promocionando campañas y estrategias multimodales. Este estudio forma parte de la Tesis Doctoral llevada a cabo por el primer autor en el

Departamento de Biología de Sistemas de la Universidad de Alcalá de Henares[2].

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- [1] Organización Mundial de la Salud OMS (2009). Guide to Implementation. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. Recuperado el 4 enero 2016.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf
- [2] Pastor Ballesteros, P. Valoración del impacto de un programa docente, según metodología OMS, para la prevención de las infecciones nosocomiales en un hospital general [tesis doctoral]. Madrid: Universidad de Alcalá de Henares; Facultad de Medicina; Departamento de Biología de Sistemas; 2018.
- [3] Pittet D, Mourouga P, Perneger TV. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet* 2000;356:1307-1312
- [4] Costers M, Viseur N, Catry B, Simon A. Four multifaceted countrywide campaigns to promote hand hygiene in Belgian hospitals between 2005 and 2011: impact on compliance to hand hygiene. *Euro Surveill* 2012;17(18):pii=20161. Available online:
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20161>
- [5] Cantero Caballero, M. Impacto de una intervención regional para mejorar el cumplimiento de la higiene de manos en la atención sanitaria [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; Facultad de Medicina; Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia; 2015.
- [6] Erasmus V, Daha TJ, Brug H, et al. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010;31:283-94.
- [7] Organización Mundial de la Salud OMS (2009). Guide to Implementation. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. Recuperado el 4 enero 2016.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf
- [8] Gould DJ, Moralejo D, Drey N, Chudleigh JH, Taljaard M. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 Sep 1;9:CD005186.

POSTER 95**AUTORES/AUTHORS:**

Raquel Tapia Melenchón, Teresa Sanclemente Boli, Consuelo Álvarez Lorenzo, Esperanza Zuriguel Pérez, Andrea Falcón Martínez, Mercedes Patricio Gamero, Soraya Poyatos

TÍTULO/TITLE:

Proyecto Interrupciones Zero: percepción de las enfermeras

OBJETIVOS

Analizar la percepción de las enfermeras en relación a las interrupciones que reciben durante la preparación y administración de medicación antes de la implantación del "Proyecto Interrupciones Zero" en una unidad de traumatología de un hospital de 3er nivel.

MÉTODO

Las enfermeras que cumplían los criterios de inclusión en el "Proyecto Interrupciones Zero", rellenaron un cuestionario elaborado ad-hoc, previo a la implantación, con preguntas de percepción de las interrupciones, y de satisfacción de las enfermeras en relación al proceso de preparación y administración de medicación.

RESULTADOS

Se rellenaron 30 cuestionarios distribuidos entre los 4 turnos de trabajo (día y noche). En ellos se recogió que, según la percepción de las enfermeras, el 60% de ellas, dedican más del 40% de su jornada asistencial al proceso de preparación y administración de medicación. Durante este proceso, de las interrupciones percibidas el 100% pueden provocar errores de medicación en alguna ocasión, la mitad de las veces, la mayoría de las veces y todas las veces. Y sólo el 6% de las interrupciones percibidas proceden de la propia enfermera, colocando a la familia como la primera causa de interrupciones.

DISCUSIÓN

La percepción que tiene la enfermera del proceso de preparación y administración de la medicación dista en algunos elementos de las conclusiones proporcionadas por la evidencia. Todo y que tienen claro que las interrupciones pueden provocar errores de medicación su percepción está algo distorsionada en cuanto al origen de las interrupciones y el tiempo dedicado al proceso de preparación y administración de medicación.

Dicha evidencia afirma que la enfermera dedica un 40% de su jornada asistencial a la administración de medicación y no más, y que la principal causa de interrupción durante la preparación y administración de medicación es el propio profesional de enfermería. Esto nos lleva a pensar que las enfermeras deben primero tomar conciencia del verdadero origen de las interrupciones durante la preparación y administración de medicación para que las intervenciones proporcionadas para disminuirlas sean efectivas y coherentes con la realidad, y así disminuir la posibilidad de generar un error de medicación.

Las implicaciones de este estudio en la práctica clínica es mostrar a las enfermeras las diferencias existentes entre la percepción y la realidad, según la evidencia, sobre las interrupciones, durante la preparación y administración de medicación.

CONFLICTO DE INTERÉS

Este estudio no posee conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería, Ginebra. CIE; 2012. Disponible en <http://www.icn.ch>.
2. Duruk N, Zemgir G, Eser I. Interruption of the medication preparation process and an examination of factors causing interruptions. J Nurs Manag. 2016; 24: 376-383.
3. Getnet MA, Biffu BB. Work interruption experience by nurses during medication administration process and associated factors, Northwest Ethiopia. Hindawi. Nursing Research and Practice. 2017; Article ID 8937490: 1-7. <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2017/8937490/abs/>
4. Johnson M, Sánchez P, Langdon R, Manias E, Levett-Jones T, Weideman G, et al. The impact of interruptions on medication errors in hospitals: an observational study of nurses. J Nurs Manag. 2017; 25(7): 498-507.
5. Hughes RG, Blegen MA. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Department of health and Human Services. 2008. [Accés web 2017-10]. Disponible en: <https://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesfdbk/nursesfdbk.pdf>

6. Sørensen EE, Brahe L. Interruptions in clinical nursing practice. *J Clin Nurs*. 2014; 23(9-10):1274-82.
7. Westbrook J, Woods A, Rob MI, et al. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Arch Intern Med* 2010; 170:683–90.
8. Freeman R, McKee S, Lee-Lehner B, et al. Reducing interruptions to improve medication safety. *J Nurs Care Qual* 2013; 28:176–85.
9. Flynn F, Evanish JQ, Fernald JM, Hutchinson DE, Lefaiver C. Progressive care nurses improving Patient Safety by limiting interruptions during medication administration. *Critical Care Nurse*. 2016; 36 (4): 19-35.

POSTER 98**AUTORES/AUTHORS:**

David Díaz Hurtado, Susana Mezquita Regueiro, Maria Pilar Etxart Lasa, Oihane Izaga Gonzalez, Leire Lodoso Gibaja, Carol De Miguel García, Erika Migliaccio Echaniz, Maria Teresa Ruiz de Larramendi Fernandez, Ioana Riaño Fernandez

TÍTULO/TITLE:

Estudio para evaluar la eficacia de un gel y un parche en la prevención de cicatrices hipertróficas y queloides

OBJETIVO

Evaluar la eficacia y seguridad del gel de silicona y de un parche de poliuretano en la evolución del proceso de cicatrización de heridas nuevas en pacientes que acuden con heridas traumáticas agudas y conocer la percepción del paciente respecto al proceso de cicatrización de las mismas.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional prospectivo, post-autorización, unicéntrico y abierto mediante el cual se seleccionaron a los pacientes que acudían con una herida traumática aguda, independientemente de la localización de la lesión. Las heridas expuestas eran tratadas con el gel de silicona y las tapadas eran tratadas con el parche de poliuretano. Se realizó una evaluación clínica y seguimiento de los pacientes cada 30 días desde la visita basal y hasta los 90 días de tratamiento. En cada una de las visitas de seguimiento después de iniciar el tratamiento, se utilizó un cuestionario para conocer la percepción del paciente respecto al proceso de cicatrización de la herida. Como variable principal y con el fin de evaluar la evolución de la cicatriz, se utilizó la Escala Scar Vancouver, en la que se valoraron parámetros como la pigmentación, elevación, flexibilidad y vascularización. También se recogieron los acontecimientos adversos durante el estudio. El estudio se ha llevado a cabo de acuerdo con las Buenas Prácticas Clínicas (ICH) y la legislación vigente en materia de productos sanitarios. El presente estudio ha sido evaluado y aprobado por el comité ético de investigación de Euskadi.

RESULTADOS

58 pacientes firmaron el consentimiento informado para entrar en el estudio, 8 fueron fallo de screening y 50 empezaron tratamiento. El gel de silicona, se aplicó a 25 pacientes con heridas expuestas. Sin embargo, ante la dificultad de reclutar pacientes con heridas en zona tapada, el parche de poliuretano se aplicó sobre 12 pacientes con heridas tapadas y 13 pacientes con heridas expuestas. Los pacientes tratados con gel, antes del inicio del tratamiento presentaron una media de 5.4 ± 2.08 puntos en la escala Scar Vancouver, tras 90 días de tratamiento, la mejora producida por el gel de silicona fue de 4.64 ± 1.71 puntos, es decir, la mejora producida fue del 85,92%. En los pacientes tratados con el parche, la media en la escala Scar Vancouver antes del inicio del tratamiento fue de 5.8 ± 2.29 puntos, tras 90 días de tratamiento, la mejora producida por el parche de poliuretano fue de 5.71 ± 2.1 puntos, es decir, la mejora producida es del 98,44%.

En cuanto a la percepción de los pacientes se refiere, más del 80% de los pacientes percibía una cicatriz más plana, suave y uniforme, así como una reducción del enrojecimiento de la misma. Además, el tratamiento fue seguro, dado que no hubo ningún evento adverso relacionado con los tratamientos del estudio.

DISCUSIÓN

- Tanto el gel de silicona como el parche de poliuretano son eficaces, dado que ningún paciente presentó ninguna cicatriz hipertrófica o queloide.
- La reducción del enrojecimiento, junto con la percepción de una cicatriz plana, suave y uniforme es validada por más del 80% de los pacientes.
- Ambos productos mejoran las cicatrices. Además el parche de poliuretano, muestra una mayor eficacia respecto al gel de silicona, atendiendo a la reducción observada en la Escala Scar Vancouver.
- Ambos tratamientos son seguros y bien tolerados.

Tras la validación de la seguridad y eficacia de los productos sanitarios utilizados en este estudio, los profesionales de enfermería podrán incluirlos como recomendaciones al alta hospitalaria, dirigiendo los cuidados a aquellos pacientes que sean susceptibles de desarrollar cicatrices hipertróficas o queloides.

Este estudio no posee ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1-Seo S. R., Kang N. O., Yoon M. S., Lee H. J. and Kim D. H. Measurements of scar properties by SkinFibroMeter®, SkinGlossMeter®, and Mexameter® and comparison with Vancouver Scar Scale. *Skin Research and Technology* 2016; 0: 1–8

POSTER 100**AUTORES/AUTHORS:**

M^a Carme Sansalvador Comas, Olga Isern Farrés, Montserrat Faro Basco, Xavier Palomar Aumatell, Eva Cirera Viñolas

TÍTULO/TITLE:

SIMULACIÓN CLÍNICA EN EL GRADO DE ENFERMERÍA. CONCORDANCIA EN LA EVALUACIÓN ENTRE ESTUDIANTES Y PROFESORES.

Objetivo: Analizar la concordancia entre la evaluación de los estudiantes y profesores en un caso clínico simulado de la asignatura Prácticum III de segundo curso de grado en Enfermería durante el curso 2017-18.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Muestra: estudiantes matriculados en la asignatura del Prácticum III de 2º curso del Grado en Enfermería. La experiencia clínica simulada del Prácticum III consta de dos escenarios: pre y postoperatorio que se realizan en grupos de 3 estudiantes en cada escenario con un total de 15 grupos. Para la recogida de datos se utilizó la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC seleccionando (2930) Preparación quirúrgica y (2870) Cuidados postanestesia. La valoración se realizó mediante un check-list con 9 actividades correspondientes al NIC Preparación quirúrgica y 14 actividades para el NIC Cuidados postanestesia; estas eran valoradas con una escala de Liker del 0 al 10 siendo el 0 la actividad realizada de forma incorrecta y el 10 de forma correcta. En la fecha asignada, los estudiantes en grupos de 6 acudían al aula de simulación y escogían el escenario de forma aleatoria. Los que debían realizar el preoperatorio se quedaban en el aula de simulación y una profesora facilitadora les daba las indicaciones necesarias y les ubicaba en el escenario donde realizarían el caso simulado. Los estudiantes que realizarían el postoperatorio visualizaban en directo la práctica desde otra aula se les daba las instrucciones de cómo rellenar el check-list de la práctica simulada realizado por sus compañeros. Una vez finalizado el preoperatorio los estudiantes se intercambiaban para realizar el postoperatorio. El profesor al mismo tiempo rellenaba el mismo check-list que los estudiantes. Una vez terminada la simulación se hacía el debriefing con todo el grupo haciendo una reflexión final de la experiencia. Para el análisis de la concordancia inter-observadores se utilizó el coeficiente de correlación intraclase (ICC) según el modelo ICC (1,1). Se consideran concordancias moderadas valores entre 0.5 y 0.75, buenas entre 0.75 y 0.9 y excelentes a partir de 0.9 (1).

Resultados: De las 9 actividades del NIC (2930): preparación quirúrgica, realización de ECG, comprobación preoperatoria: higiene, ayuno y retirada de joyas, toma de constantes vitales, resolución del incidente crítico y indicación de micción preoperatoria mostraron una buena concordancia. Las 14 actividades del NIC (2870) Cuidados postanestesia: frecuencia respiratoria, comprobación del apósito quirúrgico y preparación y administración de analgesia mostraron correlaciones moderadas, la frecuencia cardiaca, control de diuresis, administración de medidas de calor y evaluación del dolor mostraron concordancias buenas y la medición de la temperatura excelente. El resto de actividades no mostraron concordancia entre profesoras y estudiantes.

Discusión: Los resultados obtenidos indican que hay concordancia entre la evaluación del profesor y del estudiante en 15 de las 23 actividades. Para poder observar y evaluar correctamente se instaurará una rúbrica y se mejoraran las condiciones del audio y cámaras que permitan apreciar todos los detalles de la actuación, puesto que se detectaron problemas en el momento de la observación y evaluación. La utilidad práctica de los resultados irá dirigida a lograr los beneficios de la evaluación entre iguales: mejorar el proceso de aprendizaje, el trabajo grupal y estimular el pensamiento crítico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ibarra, MS., Rodríguez, G., Gómez, MA. (2012). La evaluación entre iguales: beneficios y estrategias para su práctica en la universidad. *Revista de Educación*, 359. Septiembre-diciembre.

Terry K, Koo., Mae Y, Li.(2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med*, 15(2): 155-163.

Pascual, I., Lorenzo, E., Elena, M., Monge, C.(2015). Análisis de validez en la evaluación entre iguales: un estudio en educación superior. *RELIEVE*, 21(1).

Bulechek, GM., Butcher, Hk., Dochterman, JM., Wagner, CM.(2018). Nursing Interventions Classification (NIC). Madrid: ELSEVIER.

Alta simulación con el paciente crítico para los alumnos de prácticum. Consultado 22 de mayo 2019, de de <http://www.ub.edu/bones/practiques/docents>.

Rodríguez, G., Ibarra , MS.(2011). E-Evaluación orientada al e- Aprendizaje estratégico en Educación Superior. Madrid: Narcea.

Santos, MA., Jiménez, I., Segovia, YM. (2018). Evaluar para aprender: Investigación-acción en la Universidad de La Sabana. Universidad de la Sabana.

Leal, C., Díaz, JL., Rojo, A., Juguera, L., López, MJ.(2014). Practicum y simulación clínica en el Grado en Enfermería, una experiencia de innovación docente. REDU (Revista de docència Universitaria), Vol. 12 (2)

POSTER 101**AUTORES/AUTHORS:**

Alberto Hernández de Benito, Elena Chamorro Rebollo, Beatriz Losa García, María Isabel Buceta Toro, Elena Jiménez García, Óscar Álvarez López, Maialen Gorricho Genua, Nuria García Jiménez

TÍTULO/TITLE:

MODELO DE GESTIÓN DE PRÁCTICAS CLÍNICAS: INCORPORACIÓN DE LAS TIC AL GRADO DE ENFERMERÍA

Objetivo: Describir un modelo de gestión de la formación práctico-clínica para los alumnos y los docentes de la Facultad Salus Infirmorum a través de la creación de una aplicación informática

Métodos: Estudio descriptivo, a través de metodología cualitativa. La población objeto de estudio fueron estudiantes, profesores y coordinadores del Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia "Salus Infirmorum" de Madrid, de la Universidad Pontificia de Salamanca, con un muestreo intencional. A partir de lo obtenido mediante esta metodología, se desarrolló un estudio descriptivo sobre la creación de una aplicación informática para la gestión de las prácticas clínicas.

El estudio se realizó en dos fases:

-En una primera fase, con el propósito de contextualizar el tema de estudio y obtener información para el diseño de la aplicación, se realizó un Metaplan a los alumnos para lograr una lluvia de ideas, intentando que los participantes se sintieran cómodos y expresándose libremente sin que surgiera la figura de un líder. Para encontrar las respuestas de los profesores asociados, se realizó un grupo de discusión con el objetivo de encontrar su visión sobre las prácticas clínicas y la tutorización de las mismas. Además, se realizó una entrevista personal semiestructurada a una responsable que a su vez realiza funciones de coordinadora de prácticas, para obtener la perspectiva de la organización y gestión de la asignatura "Practicum".

-En una segunda fase, y a partir de las principales conclusiones extraídas de la fase anterior ya descrita y la bibliografía consultada, se construyó una plataforma virtual para la gestión de las prácticas clínicas.

Para garantizar la calidad de los resultados, se realizó una validación del informe mediante revisión por los participantes.

Resultados: Los participantes sugirieron la incorporación a la plataforma de aspectos entre los que figuraron control de asistencia, comunicación continua entre alumnos, profesores y tutores y autoevaluación.

Profundizando en las experiencias propias de cada colectivo en las prácticas clínicas, se identificó por parte del alumnado de manera positiva, la visión amplia que adquieren del colectivo enfermero debido a la variabilidad de los diferentes servicios por los que realizan sus rotaciones, pudiendo conocer funciones tanto hospitalarias como de atención primaria, y aprender de diferentes profesionales, consiguiendo adquirir una serie de competencias que les capacitarán para poder ejercer la profesión en el futuro.

Asimismo, los estudiantes refirieron la necesidad de hacerse responsables y conscientes de su propio aprendizaje.

En cuanto a los sentimientos de los alumnos, mostraron agradecimiento tras la realización del practicum, facilitador del desarrollo de la empatía y herramienta fundamental para su crecimiento tanto personal como académico.

Entre las diferentes impresiones negativas que salieron a la luz, una de ellas fueron los criterios de evaluación, calificados por el alumnado como subjetivos y dependientes de la percepción individual los profesionales tutores de cada rotación. A la vista de estas afirmaciones, varios de los participantes señalaron la dificultad de ejercer el rol de alumno con el objetivo de realizar su aprendizaje.

En cuanto a los profesionales docentes, valoraron de manera positiva el poder conseguir una formación más cercana al alumno mediante continuo

feed-back y la unificación de criterios entre el profesorado y los tutores clínicos de prácticas.

Todas las propuestas se tuvieron en cuenta en el momento de crear la plataforma. Se establecieron diferentes perfiles de acceso y manejo de la aplicación en función del rol de usuario (alumno, profesor asociado y responsable y coordinador de prácticas).

Discusión: A la vista de los resultados alcanzados en el seguimiento de las funciones de los participantes en las prácticas clínicas, se considera fundamental la implementación de la aplicación de prácticas clínicas dirigida a profundizar en el seguimiento y el aprendizaje del alumno. No se encontró ningún conflicto de interés en la elaboración del estudio

Implicaciones para la práctica clínica: Los resultados alcanzados en el presente estudio dirigen a la necesidad de implementar una aplicación de prácticas, creada desde un enfoque multidisciplinar, para adecuar las diferentes intervenciones en la realidad de los colectivos a los que se dirigen, buscando una educación motivadora que convierta al alumno en responsable activo de su formación actual y futura. En el centro de esas estrategias, es imprescindible otorgar un protagonismo especial a los profesionales sanitarios, los cuales deben convertirse en verdaderos tutores de prácticas, capaces de trasladar una información adaptada a los alumnos, a través de los canales más empleados por ellos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Sarria Guerrero JA, Guix Comellas EM, Isla Pera MP. Implantación de la telemedicina, eSalud y atención telefónica de enfermería en España. Rev ROL Enferm.2017; 40(4):14-18. Disponible en:

[https://www.e-rol.es/articulospub/articulospub_paso3.php?articulospubrevista=40\(04\)&itemrevista=254-258#](https://www.e-rol.es/articulospub/articulospub_paso3.php?articulospubrevista=40(04)&itemrevista=254-258#)

Martínez Martín ML, Chamorro Rebollo E. Historia de la enfermería: Evolución Histórica del Cuidado Enfermero. 3 ed. Barcelona: Elsevier; 2017

Lobo H, Ruiz L, Pacheco A, Morón F, Delgado F. Uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) en la enseñanza impartida en el Ciclo Básico de Ingeniería en el NURR-ULA. Rev Cienc Ingen. 2011; 32 (2): 85-94. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/5075/507550792005.pdf>

Fundación Telefónica. Las TIC en la sanidad del futuro [Monografía en Internet]. [Acceso 06/06/2018]. Disponible en:

https://www.fundaciontelefonica.com/arte_cultura/publicacioneslistado/pagina-item-publicaciones/itempubli/39/

Gabarrón E, Fernández-Luque L. eSalud y vídeos online para la promoción de la salud. Gac Sanit. 2012;26(3):197-200. Disponible en:

<http://www.gacetasanitaria.org/es-esalud-videos-online-promocion-salud-articulo-S0213911112001355>

Andrés Martínez J. METAPLAN: Método de moderación grupal [Internet].

[Acceso 06/06/2019]. Disponible en:<https://blog.gocnetworking.com/metaplan-metodo-de-moderacion-grupal-2/>

Guerra Martín MD, Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS. Opiniones de profesores y estudiantes de enfermería respecto al contenido de las tutorías. Enferm global. 2016; 15 (3); 188-211. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/docencia3.pdf>

Blázquez Ornat I, Urcola F, Ruíz de Viñaspre R, Germán-Bes C.

Experiencias sobre el aprendizaje clínico del alumnado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza (España). 2017; 26 (1-2); 87-90. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100019&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Agencia Laín Entralgo. Guía del Tutor de Grado de Enfermería. Comunidad

de Madrid. 3ª Ed. 2009

Chamorro Rebollo E, Siles González J. Salus Infirmorum y la formación enfermera. En: Fernández Fernández ML, García Martínez AC, García Martínez MJ/ Colegio de Enfermería de Cantabria. Un siglo cuidando a la sociedad: centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España. 1ª Ed. Santander; 2015. 319-322

POSTER 102**AUTORES/AUTHORS:**

Guadalupe Sánchez-Rueda, Silvia Poveda Moral, Patricia Caudevilla Rodríguez, Anna López Molina, Marta Gorina Cañaveras

TÍTULO/TITLE:

La innovación docente: más allá de las modas. Evidencia y reflexión.

Introducción: En esta comunicación se presentan resultados preliminares del proyecto de investigación "El uso de las TIC y la metodología docente Flipped Classroom como herramientas favorecedoras del aprendizaje de las teorías y modelos en enfermería". Este proyecto fue seleccionado y becado por la Conferencia Nacional de Decanos y Decanas de Enfermería (CNDE) en la 2ª Convocatoria de proyectos de innovación docente para la mejora de la docencia universitaria.

Objetivos: Analizar el impacto del uso de metodologías activas y participativas (Flipped classroom o clase invertida), con el apoyo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), en el aprendizaje de las teorías y modelos de cuidados en enfermería en los estudiantes de primero del Grado en Enfermería.

Metodología: Se realizó un estudio pre-post de tipo cuasi-experimental sin grupo control. El proyecto se sustentó en el uso de la metodología Flipped Classroom con ayuda de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), como método de aprendizaje dinámico, proactivo e interactivo. La intervención se evaluó a partir de un cuestionario pre y post elaborado ad hoc. En estos cuestionarios se recogieron datos de carácter sociodemográfico y se plantearon cuatro preguntas dicotómicas (verdadero y falso) y cuatro de tipo test relacionadas con el conocimiento de la Teoría del Déficit de Autocuidado de D. Orem. El impacto a medio plazo también se evaluó a través de la incorporación de las mismas preguntas en el examen final de la asignatura que se realizó un mes más tarde de la finalización de la intervención de innovación docente. **Resultados:** La muestra final fue de 180 estudiantes, con 92 del grupo de mañana y 88 del grupo de tarde. Los resultados que se exponen a continuación son del total de participantes (grupo mañana y tarde).

Grado de conocimiento antes y después de la intervención (a corto y medio plazo): En el cuestionario Pre-test, de las ocho preguntas sobre contenido teórico planteadas en este cuestionario, 6 obtuvieron un nivel de acierto inferior al 30% (preguntas 1, 3, 5, 6, 7 y 8). Casi la mitad de los estudiantes (44,85%) contestó correctamente la pregunta 4 y únicamente la pregunta 2 fue contestada adecuadamente por la mayoría de los estudiantes (72,12%). En el cuestionario Pos-test prácticamente todas las preguntas obtuvieron porcentajes de acierto superior a 50%, oscilando los aciertos entre el 97,22% y el 58,9% excepto la pregunta 7 que tuvo un porcentaje de acierto del 45%. Al mes de la intervención, en la mayoría de las respuestas (pregunta 1,2,3,4,6,7,8), el porcentaje de acierto de los estudiantes disminuyó respecto a los resultados obtenidos inmediatamente después de la intervención. La única excepción se identificó en la pregunta 5, con una diferencia mínima (76,11% acierto inmediatamente después vs 76,96% al mes de la intervención).

Grado de satisfacción de los estudiantes: El 95,55% de los estudiantes valoraron la metodología docente utilizada con una puntuación entre 4 y 5 (sobre una escala del 1 al 5). Más del 90% de los estudiantes (92,22%) consideraron que las metodologías utilizadas favorecieron su proceso de aprendizaje en comparación con otras metodologías. En relación con la sensación de aprendizaje el 53,88% de los estudiantes la puntuaron con un 5 y el 39,44% con un 4. Ello se traduce en que el 93,32% tuvieron la sensación de haber aprendido con las metodologías docentes utilizadas en la intervención. Un 93,33% de los estudiantes consideró necesaria la introducción de metodologías docentes similares en otras asignaturas. Por último, y no menos importante, cabe señalar que más del 95% valora con una puntuación igual o superior a 4 sobre 5 la actuación docente.

Discusión: A pesar de que los estudiantes valoran muy positivamente el uso de nuevas metodologías docentes, especialmente cuando éstas son dinámicas y basadas en el uso de las TIC, los resultados no parecen indicar que favorezcan el aprendizaje a largo plazo. Los estudiantes tienen sensación de haber aprendido, sin embargo, cuando tienen que dar respuesta a las mismas preguntas en un período largo de tiempo, lo hacen con menor grado de acierto que inmediatamente después de la intervención. Parecería lógico plantear la duda sobre si el uso de determinadas innovaciones docentes favorece o no la integración de conocimientos a largo plazo. Algunos estudios han presentado resultados similares (1, 2, 3), por ello, es coherente plantear la necesidad de continuar explorando este hecho y analizar si sucede lo mismo cuando se utilizan otras metodologías docentes más tradicionales. A nivel de la satisfacción de los estudiantes, los resultados parecen indicar que los estudiantes se sienten motivados a participar en el aprendizaje cuando éste es dinámico y cuando hay una alta implicación docente. Se recomienda continuar investigando y evaluando el impacto de la innovación docente, a nivel de resultados académicos, satisfacción de los estudiantes y docentes, sin obviar el necesario equilibrio entre beneficios y costes, tanto humanos como materiales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Evans, L., Bosch, M. L. V., Harrington, S., Schoofs, N., & Coviak, C. Flipping the Classroom in Health Care Higher Education: A Systematic Review. *Nurse educator*, 2019; 44(2), 74-78.
2. Fuentes, M., del Mar, M., & Soler García, C. (2018). La gamificación mediante herramientas virtuales de respuesta de audiencia: la experiencia de Socrative y Kahoot. En Roig-Vila, Rosabel (Ed). *El compromiso académico y social a través de la investigación e innovación educativas en la Enseñanza Superior*. Ediciones Octaedro; 2018. p.1154-1163
3. Murillo-Zamorano, L. R., Sánchez, J. Á. L., & Godoy-Caballero, A. L. How the flipped classroom affects knowledge, skills, and engagement in higher education: Effects on students' satisfaction. *Computers & Education*. 2019.

POSTER 103**AUTORES/AUTHORS:**

Maria Isabel Rihuete Galve, Ana Martín Noguerras, Eduardo José Fernandez Rodriguez

TÍTULO/TITLE:

Implementación de un modelo de interacción Responseware en grado de Ciencias de la Salud

OBJETIVO GENERAL Fomentar la participación activa de los alumnos en las clases.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: Fomentar la participación activa de los alumnos en las clases, facilitar la interacción entre estudiantes y profesores, favorecer la interacción entre estudiantes, promocionar el razonamiento clínico en la resolución de problemas, aumentar la motivación mediante retroalimentación individual y grupal, detectar errores previos que dificultan el aprendizaje de nuevos conocimientos, valorar la experiencia de los profesores en las distintas titulaciones

METODOLOGIA La metodología de desarrollo del proyecto que nos ha permitido alcanzar los objetivos señalados se ha basado en procedimientos científicos de investigación empírico-analítica en docencia universitaria. El diseño fue observacional prospectivo. Se establecieron las siguientes fases de trabajo: diseño del organigrama, elaboración de ítems y construcción de un banco de preguntas y respuestas informatizado, formación de los profesores en el manejo de la herramienta docente, desarrollo de las evaluaciones con el sistema Responseware durante las actividades presenciales en los Grados de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, análisis de los datos, reunión de los profesores para valorar el programa y realizar las propuestas de mejora. Los instrumentos utilizados para su realización fueron los siguientes: seminarios con equipos multimedia, sistemas de preguntas/respuestas Responseware de Turning Point Technologies, smartphones, tablets y ordenadores. Para la recogida de datos se ha utilizado el mismo sistema Turning Point. El análisis realizado ha sido de tipo descriptivo mediante frecuencias y porcentajes

RESULTADOS Se evaluaron dos sesiones en el Grado de Fisioterapia, dos en Terapia Ocupacional y tres en Enfermería, una de ellas con casos prácticos, la participación fue del 100%, el promedio de aciertos a las distintas preguntas fue del 80-99%, 80-97%, y 85-90% en las distintas titulaciones tras las explicaciones impartidas en clase, pero el porcentaje se situó en el 50% en las tutorías grupales donde la evaluación hacía referencia a conocimientos adquiridos con anterioridad. En la clase de casos prácticos donde se valoró razonamiento y toma de decisiones, el porcentaje de coincidencia entre los alumnos se situó entre el 82- 85%, en algunos casos, pero en otros el porcentaje de respuesta del 30-33% en tres opciones manifiesta una duda razonable en algunas decisiones prácticas. La satisfacción se valoró mediante texto libre manifestando los alumnos que las clases eran dinámicas, rompían la monotonía, permitían opinar a todos, quitaban el miedo a hablar y daba menos miedo a equivocarse.

DISCUSION E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

No hemos encontrado diferencias en cuanto a la implementación de este sistema entre las distintas titulaciones, su aceptación ha sido muy satisfactoria en las tres la necesidad de hacer preguntas específicas ha obligado a delimitar el contenido eligiendo el que realmente se quería transmitir al alumno, La principal innovación conseguida ha sido que los alumnos no son espectadores pasivos de la clase. Sus reflexiones y sus razonamientos son imprescindibles para la realización de la clase. El docente no solo comprueba los conocimientos que el alumno va adquiriendo, lo cual permite corregir errores en tiempo real, sino que comprueba los conocimientos previos y permite reforzar algunas explicaciones, haciendo visible la necesidad de insistir en algunos aspectos. Creemos que ha mejorado la interacción profesor-alumno y también la interacción entre los estudiantes. Su utilización en resolución de casos ha facilitado la discusión permitiendo que el alumno tome conciencia de que no siempre hay respuestas correctas, sino que hay que tomar decisiones. Este aspecto es muy difícil de fomentar en las clases tradicionales, siendo esta una de las ventajas de la utilización de un sistema como el Turning Point, todos los alumnos pueden dar una respuesta a la vez sin sentirse influidos por la opinión de los demás alumnos, Una vez tomada la decisión y dada la respuesta se abre la posibilidad a la puesta en común y al diálogo con el grupo, Las puntuaciones recogidas de cada alumno permiten hacer una evaluación continua del mismo, siendo esta una de las acciones de mejora a tener en cuenta en las sucesivas utilizations del programa. La aplicación del sistema Responseware es fácil de realizar con un mínimo coste tanto de recursos materiales como humanos. Los profesores de los distintos grados se han sentido contentos con el sistema, las dificultades encontradas han sido similares en los distintos grados y han sido resueltas mediante el procedimiento de "ensayo y error". Las dificultades técnicas han sido escasas. Los tres profesores reconocen que supone un esfuerzo trabajar así frente a realizar las clases de forma tradicional con un sistema que ya dominan. La realización de esta actividad de innovación docente ha supuesto un reto, un esfuerzo añadido, pero consideramos que repercute favorablemente en la docencia. Los autores no tienen ningún conflicto de interés que declarar

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Beatty ID. and cols al. Designing effective questions for classroom response system teaching. American Journal of Physics. 2006 74(1):31–39.

Black P and William D. Classroom assessment and pedagogy. Assessment in Education: Principles, Policy and Practice 2018 25 (6) 551-575.

Caldwel JE. Clickers in the Large Classroom: Current Research and Best-Practice Tips. Life Sciences Education 2007; 6(1):9–20.

Draper SW. Catalytic assessment: understanding how MCQs and EVS can foster deep learning. British Journal of Educational Technology 2009; 40(2):285–293.

Sawang S, O'Connor P and Ali M. I Engage: Using technology to enhance students' engagement in a large classroom. Journal of Learning Design 2017; 10 (1) 11-19.

Shon H and Smith L A review of poll everywhere audience response system. Journal of Technology in Human Service ;2011 (29) 236-245.

POSTER 104**AUTORES/AUTHORS:**

Xavier Palomar Aumatell, Montserrat Faro Basco, Maria Carme Sansalvador Comas, Olga Isern Farrés

TÍTULO/TITLE:

UTILIDAD DE LAS REDES SOCIALES PARA LOS ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD

Son múltiples las publicaciones que afirman que el uso de las redes sociales ha aumentado de forma exponencial los últimos años y ciertamente también las están usando los profesionales de la salud para difundir contenidos relacionados con las ciencias de la salud. A la vez los futuros profesionales de la salud que están ya usando las redes sociales.

¿Pero sabemos como usan nuestros estudiantes las redes sociales?

¿Son competentes para un uso correcto de estas?

OBJECTIVOS:

- Identificar la opinión de los alumnos de ciencias de la salud sobre el uso de las redes sociales relacionado con su profesión.
- Identificar la red social más utilizada por los alumnos de ciencias de la salud.

METODOS:

Se realizó un estudio descriptivo transversal.

Después de una sesión donde se exponía las funciones enfermeras en un servicio de emergencias, se solicitaba a los alumnos que contestaran a través de un cuestionario con la plataforma Kahoot®. Estas sesiones se llevaron a cabo: una en el marco de la ZHAW Winterschool en Winterthur (Universidad de Zúrich) del 28 de enero al 1 de febrero del 2019, la segunda en International Week en la Universidad de Rotterdam del 25 al 29 de marzo del 2019 y la última en el marco la asignatura de emergencias con los alumnos de cuarto de la Universidad de Vic – Universidad Central de Catalunya del 1 al 5 de abril del 2019.

Se les informaba que las respuestas se utilizarían para analizar el uso que hacían de las redes sociales a la vez de que se podrían usar para posibles publicaciones, que se anonimizarían los datos y que si alguno de los alumnos no deseaba responder las preguntas no se conectara a la plataforma Kahoot®.

Los investigadores declaran no tener conflicto de intereses.

RESULTADOS:

Se obtuvieron un total de 52 respuestas (25% de la Universidad de Zúrich, 40% de la Universidad de Rotterdam y 35% de la Universidad de Vic), el 90% de la muestra eran mujeres.

El 65% eran estudiantes de enfermería, 12% de terapia ocupacional, el 10% fisioterapia, 4% comadronas y el 10% restante eran estudiantes de nutrición, promoción y prevención en salud y otros estudios.

El 90% afirmó tener cuenta en alguna red social, de estas el 60% afirmaron tener una cuenta en Instagram, el 29% Facebook, 4% Twitter, 6% otras redes.

El 77% creen que las redes sociales es un buen canal para difundir contenidos relacionados con la salud, a la vez el 83% de los estudiantes están siguiendo cuentas de usuarios que difunden contenidos relacionados con las ciencias de la salud, de estos 25 estudiantes (58%) afirman que las cuentas que siguen son de su propia disciplina.

En el mismo cuestionario se les preguntaba sobre si creían que la población en general sabe que hacen los diferentes profesionales

de la salud, el 71% de los estudiantes creen que la población no lo sabe a la vez el 79% cree que las redes sociales sería un buen medio para difundir cuales son las funciones de estos. Al hacerles la pregunta sobre si sabían cuáles eran las funciones de los otros profesionales de la salud solo un 21% afirma saberlo, el 58% afirma que lo sabe más o menos el resto no sabe que hacen los profesionales de las otras disciplinas. Analizado por grupos, el grupo de la universidad de Zúrich un 38% afirman conocer las funciones del resto de profesionales de la salud.

DISCUSION:

La muestra analizada es principalmente de estudiantes del grado de enfermería, ja que uno de los subgrupos analizados solo eran estudiantes de enfermería.

Los resultados obtenidos sobre qué red social están utilizando más, coincide con las últimas publicaciones en la prensa, hay un gran uso de Instagram habiendo un retroceso en el uso de la plataforma Facebook, se debería preguntar a los estudiantes en futuros cuestionarios cuales son los motivos por los que prefieren Instagram.

Los estudiantes analizados ven las redes sociales como un buen canal para difundir contenidos de ciencias de la salud, a la vez más del 50% afirman seguir cuentas de profesionales afines a sus disciplinas. Esto hace plantear si tienen suficientes recursos para analizar la fiabilidad y calidad de lo que se publica en esas cuentas a la vez, si los estudiantes tienen competencias para generar material adecuado para publicar en la red.

Hay que destacar también que consideran que las redes sociales puede ser un buen canal para difundir las funciones de las diferentes disciplinas ya que consideran que la población desconoce que hacen los profesionales de la salud a la vez que expresan un desconocimiento de que competencias tienen el resto de los profesionales de la salud.

La aplicación práctica de estos resultados son la necesidad de plantear una competencia en el uso de las redes sociales, no solo creación de contenido, análisis fiabilidad y calidad sino creación de una buena imagen digital en las redes sociales como futuros profesionales.

Otra aplicabilidad práctica es la necesidad de aumentar el conocimiento entre los estudiantes de cuáles son las competencias del resto de profesionales de la salud, es necesario saber cuales son las competencias de los otros profesionales, porqué es vital para un buen trabajo en equipos interdisciplinarios, cabe remarcar que es una de las competencias en la mayoría de los grados de ciencias de la salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cepeda JM. 7 competencias clave hacia una salud digital [Internet]. Salud Conectada. Valladolid; 100 p. Disponible en: <https://saludconectada.com/>
2. Dwyer R, Kushlev K, Dunn E. Smartphone use undermines enjoyment of face-to-face social interactions. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1 de noviembre de 2017;78.
3. Mettler, T., 2018. Contextualizing a professional social network for health care: Experiences from an action design research study. *Inf. Syst. J.* 28, 684–707.

POSTER 105

AUTORES/AUTHORS:

LETICIA CASIQUE CASIQUE, ALEJANDRA NOEMI RAMIREZ VIEYRA

TÍTULO/TITLE:

ADICCION A LAS REDES SOCIALES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE CELAYA, GUANAJUATO MÉXICO

Objetivo: Comprender la adicción a las redes sociales en estudiantes universitarios

Métodos: Estudio cualitativo, analítico, fueron 7 participantes que estaban estudiando en el Campus Celaya Salvatierra de la Universidad de Guanajuato México. La muestra se obtuvo a través de bola de nieve y la colecta de datos fue a través de grupo focal. Se aplicaron y respetaron las consideraciones éticas y jurídicas al momento de la colecta de datos.

Resultados: Resultados y discusión: Los jóvenes entrevistados tienen en promedio 18.1 años de edad el 85.7% son mujeres y el 14.3% son hombres con promedio de 1961 amigos virtuales y 28.14 amigos reales, utilizan en promedio 5.7 horas las redes sociales al día. Los espacios virtuales más utilizados son Facebook, YouTube y Messenger. Al realizar el análisis cualitativo y aplicar la Teoría Fundamentada en los Datos se logró identificar cuatro categorías que son

1.) Interacción que posee el adolescente para relacionarse, para divertirse, y para hacer tareas en base a las redes sociales

“para contestar mensajes, para comunicarme, comunicación”

“por diversión. por pasatiempo, hay veces uno se distrae”

“tareas”

2.) Redes sociales (Facebook, Twitter, Whatsapp, Messeguer) que utiliza el adolescente para comunicarse y distraerse.)

“Facebook, se me hace interesante, pierdo el tiempo, para comunicación”

“Whatsapp, se parece más a mensajes, no me distraigo”

“Twiter, para decir lo que piensas, no es tan directa”

3.) Manifestación de emociones de los adolescentes al interactuar en las redes sociales

“Si de alegría”

“Tristeza”

“Indiferencia”

4.) Sensaciones de ansiedad indiferencia y desconcierto que perciben los adolescentes al no usar las redes sociales

“Me sentiría mal, ansiedad”

“Aburrirme”

“Indiferencia”

Discusión: En el presente estudio se encontró una diferencia importante entre el número de amigos reales y virtuales que tienen los adolescentes, debido a que los jóvenes en promedio utilizan de cuatro a seis horas de su tiempo navegando en las redes sociales, permitiendo así relacionarse más frecuentemente con personas en la red virtual que en la vida cotidiana, y según el artículo Jóvenes e internet. Realidad y mitos, el internet es el medio más atractivo para los milenians a pesar de que algunos no cuentan con el acceso en su hogar. Ellos invierten más tiempo en enviar mensajes para estar en contacto con familiares, amigos y otras personas de las redes sociales, ante este hecho cabe señalar que los adolescentes utilizan las redes sociales porque es una herramienta que es utilizada con frecuencia por los milenians repetitivamente hasta convertirlas en una necesidad es por eso que llegan a perder comunicación con la familia, amigos o personas más allegadas a ellos, por lo tanto se considera que ellos tienden a convertirlo en un sistema de confort donde se emplean emociones de satisfacción disminuyendo la soledad.

A partir de los últimos años las redes sociales son más empleados por los jóvenes para realizar diversas actividades como son tareas, relacionarse, expresarse, entre otras, motivo por el cual han surgido diversas plataformas (paginas) con el objetivo de responder a sus necesidades.

Estos utilizan las páginas web para realizar publicaciones de imágenes y textos, los jóvenes están tan inmersos en estas redes debido a que pasan gran parte de su tiempo en estas redes por que satisface sus necesidades, por lo que los adolescentes emplean las redes sociales desmedidamente porque se sienten felices, además de que estas satisfacen sus necesidades principalmente sociales, sin embargo esto se ha convertido en una dependencia que a largo plazo afecta su bienestar.

Echeburúa en el 2013 menciona que La dependencia de las redes sociales se produce un uso abusivo asociado a una pérdida de control, aparecen síntomas de abstinencia ante la pérdida temporal de conexión, de ahí derivan consecuencias negativas para la vida cotidiana de la persona afectada, y por los resultados obtenidos en el presente, reflejan que los jóvenes adolescentes con el

paso del tiempo crean una dependencia por las páginas virtuales, teniendo como consecuencia una pérdida de control una absorción a nivel mental y una alteración negativa de la vida cotidiana de la persona afectando la personalidad de los jóvenes.

Se puede concluir que la adicción a las redes sociales en la actualidad se debe a una forma de vida que va desarrollando el adolescente para comunicarse, además de utilizarlo como una forma de divertirse y de relacionarse con sus pares.

Implicaciones para la práctica clínica: Diseñar e implementar programas para fortalecer una comunicación efectiva y hacer entre padres e hijos con la finalidad de fortalecer lazos parentales. A su vez implementar campañas deportivas en escuelas con el fin de fomentar el espíritu competitivo en favor de la salud teniendo como base un diagnóstico en las escuelas como en la comunidad con la finalidad de detectar problemas en niños y adolescentes.

No existe conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Sánchez Castillo S, Mestre Pérez R. Redes Sociales Jóvenes Universitarios: usos e identidad personal. Opción. [PDF]. 2016. (32) pp. 696-714. [Acceso 28 Octubre 2017]
- Peris M. Margarito C: Kortabarria L. Autoestima Corporal, publicaciones Virtuales en las Redes Sociales y Sexualidad en los adolescentes. European Journal of Investigation in Health psychology and Education [PDF], 2013, (3), No.2.pp 171-180 [Acceso 28 Octubre 2017]
- Echeburua E. Atrapados en las Redes Sociales .Revista Critica. [PDF]. Mayo Junio 2013(985). pp 30-33. [Acceso 30 Octubre 2017]
- Arab L. E, Diaz G. A. Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2015. 26 (1) pp.7-13.[Acceso 8 Abril 2017] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000048>
- Alonso-Ruido, P., Rodríguez-Castro, Y., Lameiras-Fernández, M., & Carrera-Fernández, M. (2015). Hábitos de uso en las Redes Sociales de los y las adolescentes: análisis de género. Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación 2015, (13).[Acceso 12 Abril 2017] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17979/reipe.2015.0.13.317>
- Larzabal Fernandez A, Ramos Noboa M.I, desarrollo de las emociones a traves de las redes sociales en el caso de la iniciativa yasuni-itt. Revista ajayu de psicología. Marzo 2017; 15 (1): 15-33. [Acceso 10 abril 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v15n1/v15n1_a02.pdf
- Rodríguez Puentes A. P. Fernández Parra A. Relación Entre El Tiempo De Uso De Las Redes Sociales En Internet Y La Salud Mental En Adolescentes Colombianos. Redalyc revista acta colombiana de psicología 2014; 17(1): 131-140 [Acceso 25 de abril de 2017], Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/798/79831197013.pdf>
- De La Hoz, L. P, Acevedo D; Uso de Redes Sociales en el Proceso de Enseñanza y Aprendizaje por los Estudiantes y Profesores de la Universidad Antonio Nariño, Sede Cartagena. Scielo Marzo 16 de 2015; 8 (4): 77-84.[Acceso 30 abril 2017] <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062015000400009>
- Sámano Orozco, L. F. Universidad de Morelia SC, ¿Influyen el Internet, las redes sociales electrónicas y otras herramientas educativas en el desarrollo de anorexia y bulimia nervosas? Nutrición clínica y dietética hospitalaria, 33 (1) 38-42, 2013 [Acceso 5 de mayo de 2017], Disponible en: <http://revista.nutricion.org/PDF/INFLUYEN-INTERNET.pdf>

POSTER 107**AUTORES/AUTHORS:**

DANIELA CELIA MONTESDEOCA RAMÍREZ, JOSÉ CARMELO HENRÍQUEZ VENTURA

TÍTULO/TITLE:

¿Qué problemas perciben los estudiantes de Enfermería para implicarse en la educación alimentaria?

1.- Objetivos

Conocer el grado de implicación de los estudiantes de enfermería en la educación nutricional. Identificar las dificultades de estos para implementar intervenciones educativas. Comprender su percepción respecto a su nivel de conocimiento científico y didáctico en relación con los estilos de vida.

2.- Método

Se realizaron entrevistas individuales y semiestructuradas a estudiantes de Enfermería que acudieron a su formación práctica a un centro de salud de Gran Canaria. Se realizaron 15 entrevistas con una duración de 50 minutos aproximadamente, pilotadas inicialmente con otros estudiantes antes de iniciar el Prácticum. El contenido de la entrevista era desconocido para ellos. La entrevista fue grabada para su posterior análisis con el consentimiento de los informantes. El trabajo de campo se desarrolló entre octubre y marzo de 2017. Para el análisis se realizó la transcripción de éstas y posteriormente se categorizó las variables lo que permitió la organización y análisis de los datos obtenidos.

3.- Resultados

Respecto a la implicación, más del 70% manifestó que estaba determinada por la propia organización de la unidad de cuidados, así como por la implicación del tutor clínico, pues ellos de manera autónoma no se sentían competentes para tomar la iniciativa. El 80% manifestaron sentirse más cómodos con los procedimientos técnicos que con este tipo de actividad. El tipo de intervenciones que implementan, en su formación práctica, son mayoritariamente a nivel individual (80%), el 70% no observan planificación de intervenciones grupales ni comunitarias. El centro de salud, para casi el 90% distan bastante de la concepción teórica que tenían antes de iniciar el Prácticum. Para el 60% de los estudiantes, las intervenciones grupales son más complejas que la intervención individual y no son capaces de manejar ni mantener el control del grupo, siendo posiblemente esto un determinante también para los profesionales de atención primaria.

Casi el 50% consideran que no se realizan intervenciones a nivel comunitario ni en grupos de manera continuada, ni siguiendo una metodología específica, primando el trabajo asistencial e individual y poco abordaje integral. Más del 52% tienen dificultades para poder integrar los contenidos teóricos en la práctica clínica por motivos organizativos y también relacionados con el modelo de trabajo que impera en el sistema sanitario (donde prima la asistencia frente a la prevención y promoción de la salud). Más del 70% consideran que carecen de formación suficiente en metodología educativa y en el proceso de comunicación participativo para conseguir el cumplimiento terapéutico desde una perspectiva integradora de la educación para la salud.

4.- Discusión

La educación sanitaria, en el contexto actual, no puede ser abordada solo con un enfoque cuantitativo, la conducta alimentaria está determinada por micro y macro determinantes que deben ser abordados de manera intersectorial y de manera continua en el tiempo (1,2). Para ello es necesario ser conocedores de la dimensión social y cultural de la alimentación. No cabe duda, que nos enfrentamos diariamente a una población más informada que nunca, este nivel de información muchas veces no se corresponde con unos hábitos y estilos de vida saludables (3). La efectividad de la educación sanitaria está determinada por la posibilidad de una modificación real de los estilos de vida, más que de aumentar su nivel de conocimientos, siendo esto una de las dificultades de plantear estrategias comunitarias por parte del equipo sanitario. Se debe garantizar en las unidades de cuidados que los estudiantes adquieran la competencia de implicarse en actividades grupales (4). El proceso enseñanza aprendizaje de los estudiantes requiere de una integración más efectiva de los contenidos teóricos en la formación práctica. Los estudiantes deben entrenarse junto con los

profesionales y docentes en metodologías educativas y de comunicación que permita comprobar la eficacia, efectividad y eficiencia de la educación alimentaria potenciando el aprendizaje colaborativo y el abordaje integral de los problemas de salud (5). En el contexto actual, del Espacio Europeo de Enseñanzas Superiores, debemos aumentar los esfuerzos en mejorar la coordinación, ambas instituciones (sanitaria y universitaria) para integrar la teoría en el escenario de las prácticas clínicas con el objeto de alcanzar las competencias contempladas en la titulación de grado y poder dar una respuesta real a las necesidades de la sociedad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

- 1.- Cabeza E, March S, Cabezas C, Segura A. Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza.... Gaceta Sanitaria. Informe SESPAS 2016. [Internet] 2016 [Consultado 3 Abril 2019]; 30 (S1):81-86. Disponible en: <https://bit.ly/2zikJaJ>
- 2.- Martínez N, Pérez M, Heras-Mosteiro J, Gutiérrez G, Díaz-Olalla, JM, Ruiz-Giménez JL. Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español. Gaceta Sanitaria. Informe SESPAS 2018. [Internet] 2018 [Consultado 3 Abril 2019];32 (S1): 17-21. Disponible en: <https://bit.ly/2YVpoxe>
- 3.- Jáuregui I. Educación para la Salud y Educación Nutricional: el papel de las nuevas tecnologías. Revista Iberoamericana de Educación [Internet] 2008 [Consultado 3 Abril 2019]; 46(3):1-8. Disponible en: <https://bit.ly/2MQ7uWq>
- 4.- Gracia M. Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas. Salud colectiva [Internet] 2009 [Consultado 3 Abril 2019]; 5: 363-376. Disponible en: <https://bit.ly/2ZFyMm4>
- 5.- Puerto S, Izquierdo E, Lamanier J, Vargas W. Funciones del tutor de enfermería en la atención primaria de salud en Cuba. Revista Cubana de Enfermería [Internet] 2018 [Consultado 3 Abril 2019]; 34 (4). Disponible en: <https://bit.ly/2yRGIEJ>

POSTER 115**AUTORES/AUTHORS:**

Laia Raigal-Aran, Carme Ferré-Grau, Maria Teresa Lluch-Canut, Montserrat Puig-Llobet, Ángel Belzunegui-Eraso

TÍTULO/TITLE:

Factores asociados al desarrollo de la competencia cultural en los profesionales de enfermería

Introducción: La competencia cultural representa un concepto en auge y que precisa de una especial atención en su fomentación dada la sociedad multicultural en la que estamos inmersos. Este concepto se puede definir como la habilidad del trato respetuoso y congruente con las personas de otras culturas. Diferentes estudios destacan la necesidad de trabajar esta competencia entre los profesionales de salud, dando lugar a unos cuidados de más holísticos y enfocados en la atención integral del paciente y su contexto. Utilizado el instrumento recientemente validado para evaluar esta competencia, en este trabajo nos proponemos inspeccionar sobre aquellos factores que se correlacionan con el desarrollo de la competencia cultural, para así, desarrollar en un futuro formaciones efectivas y enfocadas a estos determinantes.

Metodología: Se utilizó la escala validada al castellano Cultural Competence Assessment (CCA-S) en una muestra de 437 profesionales de enfermería de la provincia de Tarragona. A partir de un análisis bivalente (IC: 95%), se analizaron los resultados obtenidos de la escala CCA-S. El instrumento evalúa la competencia cultural según el modelo de la Congruencia Cultural de Schim y Doorenbos. El instrumento evalúa la competencia cultural a partir de dos dimensiones cognitivas y dos conductuales en relación a la competencia cultural a partir de 25 ítems con escala tipo Likert. Los factores analizados, se escogieron a raíz de una revisión de los artículos sobre la competencia cultural. Los resultados de esta revisión, determinaron que los factores que se asociaban teóricamente con el desarrollo de la competencia cultural eran la exposición a la diversidad, deseo cultural, conocimiento cultural y autoconcepto de competencia cultural.

Resultados: Estos resultados han confirmado que los factores como el interés en competencia cultural y formación previa fueron los elementos que generaban una mayor competencia cultural total en los profesionales de enfermería de Tarragona ($p > 0,05$). En el caso de la autopercepción, a diferencia de los otros elementos, no se interpretaba una asociación en considerar el elemento un factor que condicionaba positiva o negativamente la competencia cultural. Se reinterpretó una variable nueva entre la puntuación obtenida y la autopercepción en competencia cultural: coherencia cultural. De esta forma, cuando se obtenían valores coherentes entre la autopercepción y los valores obtenidos en la escala, este se consideraba tener "coherencia cultural"; en el caso contrario, "incoherencia cultural". Se obtuvo asociación significativa ($p < 0,000$).

Conclusiones: Emerge un elemento importante, ya citado por Purnell sobre el riesgo de incoherencia en autopercepción en competencia cultural, la cual se podría relacionar con el riesgo de conductas de homogeneización o discriminación positiva. Así pues, se relación que el interés en competencia cultural se relaciona en desarrollar mejores conductas ante los usuarios de otras culturas, pero además, que existe un riesgo entre aquellos que se perciben tener una buena competencia cultural, y después no desarrollan conductas adecuadas. Estos resultados se podrían utilizar para desarrollar programas de intervención-acción en programas formativos para los profesionales de enfermería de este territorio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Reina Leal LM, Romero Ballén MN. La débil apropiación de la competencia cultural en el cuidado al adulto mayor se expresa en las evidencias científicas. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*. 2014;18(38):128-38. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10045/36991>

Raigal Aran L, Rifà Ros R, Borrueal Llovera A, Ferré Grau C. Revisión sistemática sobre las investigaciones en competencia cultural en los profesionales de salud en España. *Rol*; 2017;40(11):60-7. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6213537>

Raigal-Aran L, Ferré-Grau C, Belzunegui-Eraso A. The Spanish version of the Cultural Competence Assessment (CCA-S):

Transcultural validation study and proposed refinement. *Nurse Education Today*. Churchill Livingstone; 6 de noviembre de 2018;72:47-53.

Schim SM, Doorenbos AZ. A three-dimensional model of cultural congruence: Framework for intervention. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*. NIH Public Access; 2010 6(3):256-70. Recuperado a partir de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21132602>

Purnell LD. El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, CECOVA; 1999;(6):91-102

POSTER 118**AUTORES/AUTHORS:**

NEUS BUIL MANZANARES, PAOLA GALBANY-ESTRAGUÉS, BEATRIZ CAMPILLO ZARAGOZA

TÍTULO/TITLE:

EL TIEMPO ENTRE SUTURAS: REFLEXIONES SOBRE EL PRINCIPIO Y EL FINAL DE LA VIDA PROFESIONAL COMO ENFERMERA QUIRÚRGICA.

1. OBJETIVO:

Describir las vivencias del inicio y del final de la vida profesional de las primeras enfermeras quirúrgicas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP), expresadas en la etapa de la jubilación, desde sus perspectivas.

2. MÉTODOS:

Tipo de estudio: Cualitativo descriptivo, con fuentes orales.

Población: Enfermeras de quirófano del HSCSP, en situación de jubilación.

Muestra: Se aplicó un muestreo intencionado, en base a los criterios de inclusión/exclusión, del que resultó una muestra de 9 participantes.

Criterios de inclusión:

- Enfermeras que cursaron la formación quirúrgica en la Escuela de Enfermería del HSCSP (desde finales años de los años sesenta hasta finales de los setenta).
- Enfermeras que ejercieron en los quirófanos de cirugía programada del HSCSP.
- Enfermeras laboralmente en situación de jubilación. Se contempló que esta situación fuera efectiva con anterioridad a enero del 2017.

Criterios de exclusión:

- No reunir óptimas condiciones físicas y/o mentales.
- Tener firmado el consentimiento, pero no hacer la entrevista, con independencia del motivo.

Instrumentos de recogida de datos:

- Entrevistas semi-estructuradas, que fueron registradas con grabadora de audio y transcritas de forma manual.
- Diario de campo de la investigadora, donde se anotaron aquellos aspectos que no era posible registrar en formato audio.

Análisis de los datos:

- El texto resultante de la transcripción de las entrevistas fue analizado de forma manual, en un formato de categorías y códigos.

Aspectos éticos:

- La realización de este estudio fue aceptada por el Comité de ética de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) (Núm. CEEAH: 3653).
- Las participantes recibieron información sobre el estudio, aceptaron voluntariamente formar parte del mismo, y firmaron, también de forma voluntaria, el consentimiento de participación. Se les proporcionó información sobre cómo revocar su colaboración, en el caso de que así lo decidieran.
- Las participantes pudieron suprimir los fragmentos que consideraron del redactado de la transcripción de su entrevista y validaron la versión final del texto.

 

3. RESULTADOS:

En el análisis del relato sobre la vivencia del inicio y del final de la vida profesional de las participantes han emergido 2 categorías (inicio de la profesión y última etapa laboral) y 7 códigos: motivación, influencias y expectativas, incluidos en la primera categoría, y etapa final, pasado, presente y futuro, incluidos en la segunda categoría.

4. DISCUSIÓN:

Las primeras enfermeras quirúrgicas del HSCSP refieren que desde muy jóvenes sintieron la vocación por cuidar. Sus familias les influyeron en la decisión de ser enfermeras. La ilusión por formarse en la Escuela del HSCSP para trabajar en quirófano las unió hasta un final de vida laboral que vivieron con dificultades.

En cuanto a las implicaciones para la práctica clínica, es importante conocer los sentimientos, las experiencias y las reflexiones de las enfermeras para comprender mejor cómo se vive la profesión. Escuchar y analizar sus discursos puede ser el camino para implantar políticas sanitarias que cuiden a quienes cuidan en un entorno tan hostil como es un quirófano.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Fargues i Garcia I, Tey i Freixa R. Sis segles d'assistència hospitalària a Barcelona: de Santa Creu a Sant Pau. Fundació Privada de l'Hospital de la Santa Creu I Sant Pau. 2015.

Picolo, R. 50 anys Escola Universitària d'Infermeria Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. 2004.

Willassen E, Blomberg AC, Lindwall L. Student nurses' experiences of undignified caring in perioperative practice – Part II. *Nursing Ethics*. 2015;22(6):688–699.

Riley R, Manias E. Foucault could have been an operating room nurse. *J Adv Nurs*. 2002;39(4):316-24.

Frasier L, Pavuluri Q, Sudha R, Ma Y, Wiegmann D, Levenson G, DuGoff E, Greenberg, Caprice C. Familiarity and Communication in the Operating Room. *Journal of Surgical Research*. 2019; 235:395-403. 9p.

POSTER 121**AUTORES/AUTHORS:**

Elena Casajuana Andrés, Lourdes Lasasa Medina, M^aVega Zafra Sánchez

TÍTULO/TITLE:

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS(PRM):LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN LA DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y RESOLUCIÓN

OBJETIVOS: En todo tratamiento farmacológico se debe verificar que el uso de ese medicamento sea administrado en dosis efectiva y segura para el paciente. Si no se cumple algunas de estas condiciones estamos frente a un Problema Relacionado con Medicamento(PRM) que puede ocasionar un Resultado Negativo asociado a la Medicación(RNM).

Los PRM son aquellas situaciones que en el proceso de uso del medicamento, causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación.

Entre los posibles PRM están: Administración errónea, Conservación inadecuada, Dosis, pauta y/o duración no adecuada, Duplicidad de dosis, Errores en la prescripción, Incumplimiento (no adherencia), Interacciones, Contraindicación.

Los objetivos serán: determinar la prevalencia y las características de los PRM en los pacientes en seguimiento por las Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) en 4 Centros de Salud de la Ciudad de Barcelona. Y objetivar la efectividad de las intervenciones de las EGC, en referencia a la conciliación y revisión de la medicación, especialmente en los momentos críticos de transición del paciente entre niveles asistenciales.

MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes en seguimiento por la EGC durante 6 meses, en 4 Equipos de Atención Primaria (EAPs) de Barcelona ciudad.

Se realizó una revisión retrospectiva de los registros clínicos de pacientes incluidos en Gestión de Casos, desde enero hasta junio de 2019. Se estudió el resultado de la revisión sistemática del tratamiento farmacológico llevada a cabo en el domicilio de los pacientes por la EGC.

Se analizaron el tipo PRM detectados: administración, conservación, dosis, pauta y/o duración, duplicidad de dosis, errores en la prescripción, incumplimiento, interacciones y/o contraindicación.

Se analizaron, tanto las posibles causas de estos PRM, como las medidas de corrección aplicadas.

De forma complementaria, también se analizaron las siguientes variables: edad, género, multimorbilidad, polimedicación, ausencia/presencia de cuidador de referencia y proceso de transición al alta hospitalaria. El estudio no posee conflicto de intereses.

RESULTADOS: Se ha analizado una muestra de un total de 117 pacientes en seguimiento por la EGC de atención Primaria durante el primer semestre de 2019. En un 64% de estos pacientes, se han encontrado discrepancias en el tratamiento farmacológico pautado y por tanto PRM.

De los pacientes detectados con PRM, un 70% era mujeres y un 30% hombres, con una edad media de 85 años. Se objetivó que un 30% no tenían cuidador de referencia. La mayoría de pacientes con PRM eran Paciente Crónicos Complejos (PCC) (63%), el resto eran pacientes con enfermedad crónica avanzada (MACA) (37%).

Sólo un 15% de estos pacientes organizaban su tratamiento en pastillero y otro 15% lo organizaban en Sistema Personalizado de Dispensación (SPD) proporcionado por su Farmacia.

Las discrepancias se detectaron en un 37% de los casos durante la valoración Post Alta Hospitalaria realizada por la EGC, el resto de PRM se detectaron en las visitas de valoración integral.

En cuanto al análisis de los PRM detectados, un 67% fueron errores en el tratamiento (posología, dosis y/o duplicidad), un 26% fueron dudas sobre el tratamiento pautado (pautas móviles, forma de administración, horarios de tomas, duración del tratamiento...) y en un 7% fue incumplimiento del tratamiento por voluntad del paciente.

Los medicamentos que están más presentes en los PRM han sido: diuréticos, antidiabéticos orales, insulinas, Inhaladores, anticoagulantes y analgésicos.

En la mayoría de los casos, las consecuencias clínicas de las discrepancias encontradas han sido: descompensaciones de las patologías crónicas de base (Insuficiencia Cardíaca, EPOC) (22%) o mal control de síntomas (dolor, somnolencia, disnea, glucemia, taquicardia, HTA...) (56%). La intervención de las EGC tras la detección de PRM, ha consistido primordialmente en: Revisión y conciliación del tratamiento farmacológico, Coordinación con el resto de profesionales y dispositivos que prestan atención al paciente (especialistas hospital, farmacia de referencia, PADES...) para conciliación y aclarar posibles discrepancias, Derivación a

equipos de soporte y/o servicios sociales en caso de riesgo social. Coordinación con familia y cuidadores para planificar una buena adherencia terapéutica. Aclarar y resolver dudas en la toma de los medicamentos.

Con las medidas aplicadas se han evitado posibles descompensaciones clínicas, se ha mejorado el control de síntomas e incluso se han evitado ingresos hospitalarios derivados de todo ello. El objetivo final será la seguridad del paciente y que la adherencia al tratamiento sea óptima.

DISCUSIÓN: La revisión y la conciliación del tratamiento farmacológico de forma estructurada y sistemática, realizada por la Enfermera Gestora de Casos en el domicilio del paciente es imprescindible, sobre todo en las transiciones y posteriormente a un alta hospitalaria. Previene los PRM, o los detecta de forma precoz, aumentando así la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso, Enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4.
- Aranaz JM. Sucesos adversos relacionados con los medicamentos ¿Qué podemos aprender?. Med Clin (Barc).2006^a;126:97-98.
- Ús segur de medicaments. ICS.
<http://ics.gencat.cat/ca/assistencia/coneixement-assistencial/medicaments/us-segur-de-medicaments/>
- Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2003. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
- Fundación Jordi Gol i Gurina IDIAP. Efectividad de las estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes crónicos: revisión meta-análisis. España; 2014.
- Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: Causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria [Internet]. 2009;41(6):342–8. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-estrategias-mejora-13139004>
- PLAN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. Uso responsable del medicamento: <https://www.sefac.org/private/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia>
- Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. Form Med Contin Aten Prim [Internet]. 2001;8(8):558–73. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207201754710>
- La gestió de casos a la Gerència Territorial de Barcelona. Atenció a la Cronicitat i la Complexitat . Direcció Assistencial .Gerència Territorial de Barcelona.Abril 2018.MB-EB/sp-2018-05D-Cron-0318-v2.5
- Modelo de Gestión de Casos del SSPA. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Consejería de Salud, 2011.
- Appleby C i Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enferm Clin 2014; 24(1): 90-98.

POSTER 122**AUTORES/AUTHORS:**

Sergio Alonso-Fernández, Isabel Andrés Martínez, Sandra Cabrera Jaime, Cristina Casanovas Cuellar, Inmaculada Díaz Jiménez, Eva Porcuna Nicolás

TÍTULO/TITLE:

Impacto del Área de Investigación e Innovación en Cuidados en la producción científica enfermera

INTRODUCCIÓN

El Área de Investigación en Cuidados del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol se creó en el año 2013 a iniciativa de la Dirección de Enfermería para promover la práctica reflexiva desde el juicio clínico, consolidar los cuidados basados en la evidencia, aumentar la visibilidad de los cuidados ofrecidos y velar por el avance de estos a través de la aplicación del método científico.

OBJETIVO: Conocer la producción científica del Área de Investigación e Innovación en Cuidados desde su creación en 2013.

MÉTODO: estudio descriptivo retrospectivo sobre la actividad científica del Área de Investigación e Innovación en Cuidados del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Las fuentes de información fueron las memorias de resultados publicadas en el periodo 2013-2018. Se seleccionaron todos los datos relacionados con producción científica, así como de la cartera de servicios.

RESULTADOS

Asesorías presenciales: n=1008 (2013 n=94; 2014 n=35; 2015 n=208; 2016 n=189; 2017 n=242; 2018 n=180). Diseño de proyecto: 389, búsqueda bibliográfica:45, bases de datos: 63, autorizaciones y Comité de Ética: 35, desarrollo del estudio:86, Análisis de datos: 74, trámites becas:36, Difusión científica:264, Innovación:3, Otros: 13. Proyectos aprobados: 84 (33% en fase de diseño, 26% en trabajo de campo, 18% finalizados, 16% en fase de difusión y 4% pendientes de aprobación). 9 tesis doctorales (2 de ellas leídas). SE participa en 17 estudios multicéntricos promovidos por promotores externos, 11 de los cuales forman parte de tesis doctorales. Se han obtenido 16 becas (4 de ellas en modalidad de intensificación). En cuanto a la difusión científica, se han presentado 539 pósters (441 los últimos 3 años), 152 comunicaciones orales (110 los últimos 3 años), y 23 publicaciones escritas (artículos, informes o capítulos de libro). En cuanto al alcance, el 28% fue de ámbito nacional, 27% internacional, 27% local y el 18% autonómico. Se han impartido 21 actividades formativas relacionadas con todas las fases del desarrollo de un proyecto de investigación, con un total de 363 horas de docencia.

DISCUSIÓN

El Área de Investigación e Innovación en cuidados ha experimentado un crecimiento tanto en su nivel de actividad como en los resultados desde su creación. Para ello ha sido imprescindible el soporte institucional. Se perciben como barreras la falta de oferta de becas para promover el desarrollo de los proyectos de investigación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Fuentelsaz Gallego C, Navalpotro Pascual S, Ruzafa Martínez M, en nombre de la Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). Competencias en investigación: propuesta de la Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii). *Enferm Clín.* 2007;17(3):117-27.
2. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, González-María E, Gil de Miguel A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clin.*2010;20(3):153-164.
3. Jiménez Ordóñez M. La recerca infermera en cures de la salut de Catalunya [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2012. [citado 08 de feb 2019]. Disponible en: http://www.coill.org/Ficheros/Destacado/recerca_infermera_cures_salut_2012.pdf
4. Memòria d'activitat científica 2013: "Àrea de Recerca". Badalona: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. 2013 [citado 08 feb 2019]. Disponible en: Intranet Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
5. Memòria d'activitat científica 2014: "Àrea de Recerca". Badalona: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. 2015 [citado 08 feb 2019]. Disponible en: Intranet Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

6. Memòria d'activitat científica 2015: "Àrea de Recerca". Badalona: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. 2016 [citado 08 feb 2019]. Disponible en: Intranet Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
7. PERIS 2016-2020: pla estratègic de recerca i innovació en salut [Internet]. 1.a ed. Scientia. Barcelona: Direcció General de Recerca i Innovació en Salut; 2016 [citado 08 de feb 2019]. Disponible en: <http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3304>
8. Memòria d'activitat científica 2016: "Àrea de Recerca en Cures". Badalona: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. 2017 [citado 08 feb 2019]. Disponible en: Intranet Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
9. Memòria d'activitat científica 2017: "Àrea de Recerca i Innovació en Cures Infermeres". Badalona: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. 2018 [citado 08 feb 2019]. Disponible en: Intranet Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
10. Memòria d'activitat científica 2018: "Àrea de Recerca i Innovació en Cures Infermeres". Badalona: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. 2019 [citado 08 feb 2019]. Disponible en: Intranet Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

POSTER 123**AUTORES/AUTHORS:**

PABLO RODRIGUEZ COLL, RAMON ESCURIET PEIRO, ROCIO CASAÑAS, ANA COLLADO PALOMARES, GLADYS MALDONADO AUBIAN, CRISTINA REINA ROJAS, CRISTINA PALLE AYALA, FLORENCIO DURAN MUÑOZ, ROSA DIAZ GALLARDO

TÍTULO/TITLE:

PROCESO DE ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL DEL

Objetivos:

El proceso de parto representa un momento único y especial en la vida de la pareja. Numerosos estudios han descrito los factores relacionados con la experiencia en el parto, entre ellos se encuentran: las expectativas de la gestante, el apoyo que esta recibe de familiares y/o profesionales sanitarios o experiencias de partos anteriores.

En cuanto a las experiencia en el parto, recientes investigaciones demuestran que experiencias negativas durante el parto están asociadas al desempoderamiento de la mujer, la depresión postparto, el trastorno de estrés post-traumático y bajas tasas de lactancia materna.

Teniendo en cuenta las consecuencias descritas anteriormente, es absolutamente necesario contar con herramientas que permitan evaluar las percepciones de la gestante sobre el parto e identificar si se trata de experiencias negativas o no.

El Questionnaire for Assessing Childbirth Experience (QACE) es un instrumento multidimensional que valora cuatro aspectos de la experiencia en el parto, pero actualmente se encuentra validado en inglés y francés. En este póster se describe el proceso de adaptación cultural del QACE en la población española.

2. Métodos:

Para la adaptación

- Traducción y retro-traducción del QACE al español por dos traductores bilingües,
- Evaluación de la equivalencia cultural por un panel de expertos.
- Sondeo de comprensibilidad.
- Entrevistas cognitivas.

3.Resultados:

En primer lugar se realizó una traducción-retrotraducción del QACE al español por dos traductores de manera independiente, luego se consensuaron en una primera versión en español.

Posteriormente se creó un panel de expertos (6 matronas, 4 ginecólogos y 1 psicóloga) que evaluaron la equivalencia conceptual de la traducción. Según los expertos, el 70,38% de los ítems fueron clasificados como tipo A (totalmente equivalentes), 24,23% como tipo B (bastante equivalentes) y un 3,46% como tipo C (equivalencia dudosa). Se revisaron los ítems de categorías B y C por el panel de expertos y se cambiaron 5 ítems del cuestionario para conseguir una mejor comprensión en la población española.

En cuanto a la comprensibilidad, el 97% de los encuestados comprendió fácilmente los

ítems del cuestionario y tan solo un 13,3% consideró que los ítems no estaban bien

explicados, el panel de expertos realizó varios cambios para aumentar la claridad y comprensión del cuestionario.

Finalmente se llevaron a cabo entrevistas cognitivas a un grupo de 6 mujeres postparto (3 primíparas y 3 múltiparas) de 43 años de media, todas ellas comprendieron y contestaron los ítems del cuestionario fácilmente y ninguna consideró ninguna frase o palabra ofensiva, incluso una de ellas sugirió cambiar el término pareja por acompañante del ítem 15. Esta sugerencia fue valorada y posteriormente aceptada por el panel de expertos.

Tras todas las modificaciones, se elaboró la versión definitiva del QACE en español.

Discusión:

El año pasado, 3.516 partos fueron asistidos en los dos hospitales participantes, pero no tenemos información relacionada con la satisfacción de la mujer o la experiencia en el parto. Para poder conocer este indicador de calidad, es necesario contar con instrumentos como el QACE.

Para la adaptación de este cuestionario se han tenido en cuenta aspectos culturales de los ítems que permitirán evitar malentendidos.

En la línea de los últimos estudios de adaptación de cuestionarios, se ha llevado a cabo la mezcla de la metodología cuantitativa y cualitativa dando lugar a resultados satisfactorios. Es por ello que se han realizado entrevistas cognitivas a la población a estudio, dando lugar al cambio de una palabra ofensiva para una de las madres por otra mucho más apropiada y proporcionando al panel de expertos una nueva perspectiva.

Por otro lado, según demuestra la última evidencia en la validación de cuestionarios, para una correcta adaptación cultural de cuestionarios validados a otros idiomas, se debe contactar y pedir permiso a los autores originales como se ha realizado en esta adaptación. Además, el feedback de los autores puede solucionar posibles dudas del cuestionario y evitar interpretaciones erróneas de aspectos importantes del mismo.

El contar con instrumentos tan completos como el QACE permitirá a los profesionales sanitarios identificar a mujeres que tengan una experiencia negativa de su parto para poder adaptar los cuidados proporcionados a estas mujeres según sus necesidades y circunstancias, corrigiendo las posibles causas de insatisfacción y mejorar los servicios de maternidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Boyce, P., Condon, J., Barton, J., & Corkindale, C. (2007). First-Time Fathers' Study: Psychological Distress in Expectant Fathers During Pregnancy. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 41(9), 718-725. doi: 10.1080/00048670701517959
- Briceño, A., Alvarez, C., Barco, B., Alvarez, K., Delgado, I., & Zúñiga, V. (2016). Entrevistas cognitivas y su utilidad en la adaptación y validación de escalas para niños y adolescentes. *Contacto Científico*, 6(2).
- Conway, K., Mear, I., & Acquadro, C. (2003, 11). Pmd37 Recommendations To The European Regulators For The Cross-Cultural Adaptation Of Pro Measures. *Value in Health*, 6(6), 805. doi:10.1016/s1098-3015(10)62048-7
- Epstein, J., Santo, R. M., & Guillemin, F. (2015, 04). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(4), 435-441. doi:10.1016/j.jclinepi.2014.11.021
- SAP software from Vall D'Hebron Barcelona Hospital Campus and Hospital de Mollet Database (2019, May 15). Retrieved from SAP software.
- Sousa, V. E., Matson, J., & Lopez, K. D. (2016, 11). Questionnaire Adapting: Little Changes Mean a Lot. *Western Journal of Nursing Research*, 39(9), 1289-1300. doi:10.1177/0193945916678212
- Carquillat, P., Vendittelli, F., Perneger, T., & Guittier, M. (2017, 08). Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). doi:10.1186/s12884-017-1462-x
- Vallejo-Medina, P., Gómez-Lugo, M., Marchal-Bertrand, L., Saavedra-Roa, A., Soler, F., & Morales, A. (2017, 07). Developing Guidelines for Adapting Questionnaires into the Same Language in Another Culture. *Terapia Psicológica*, 35(2), 159-172. doi:10.4067/s0718-48082017000200159
- Størksen, H., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 92(3), 318-324. doi: 10.1111/aogs.12072
- Melender, H. (2006). What Constitutes a Good Childbirth? A Qualitative Study of Pregnant Finnish Women. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 51(5), 331-339. doi: 10.1016/j.jmwh.2006.02.009
- Mcleod, L. D., Coon, C. D., Martin, S. A., Fehnel, S. E., & Hays, R. D. (2011, 04). Interpreting patient-reported outcome results: US FDA guidance and emerging methods. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 11(2), 163-169. doi:10.1586/erp.11.12

POSTER 125**AUTORES/AUTHORS:**

Yolanda Robles Garrido, Olga Juárez Martínez, Imma González Gibert, Ana Fernández Sánchez

TÍTULO/TITLE:

IMPLICACIÓN DE INFERMERÍA COMUNITARIA EN EL PROGRAMA "BARCELONA SALUT ALS BARRIS (BSaB)"

Objetivos

1. Presentar las intervenciones comunitarias en las que enfermería está presente en los barrios prioritarios del programa BSaB.
2. Analizar la participación poblacional de dichas intervenciones comunitarias

Métodos

Las desigualdades sociales marcan la salud de las personas y son el resultado de las distintas oportunidades y recursos a las que la población puede acceder en función de su clase social, género, país de nacimiento o etnia. Enfermería comunitaria de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), trabaja de forma conjunta con otros profesionales de l'ASPB y con agentes de la comunidad para disminuir los efectos en la salud de estas desigualdades sociales. Para ello se lleva a cabo un diagnóstico comunitario y se priorizan las necesidades de salud. A partir de dichas necesidades se diseñan intervenciones que empoderen la población y sean sostenibles en el tiempo.

El presente estudio se enmarca en la actividad competencial de enfermería comunitaria en el marco del programa BSaB. Este programa está liderado por el Ayuntamiento de Barcelona y es impulsado por la ASPB. Se inició en el año 2007 en 9 barrios desfavorecidos de Barcelona y se ha ido extendiendo hasta los 25 barrios (400.000 personas) en 2018.

Se realiza un análisis descriptivo observacional de la población participante (400.000) en las diferentes intervenciones comunitarias de BSaB a lo largo del año 2018.

Resultados

Durante el año 2018 se han llevado a cabo 179 intervenciones en 25 barrios priorizados de Barcelona, donde han participado 13.276 personas (3,4% de las personas que viven en estos territorios): 133 familias en el programa de Habilidades Familiares y otras intervenciones realizadas para familias, 8.583 niños y niñas en los programas de promoción de la salud en las escuelas, 473 niños y niñas y 1.959 jóvenes en los programas de ocio saludable y promoción de la salud afectivo-sexual, 730 adultos en intervenciones dirigidas a mejorar su calidad de vida (tanto física como mental) y 1.398 personas mayores en el programa de actividad física "Actívate en los Parques", talleres de memoria y en escuelas de salud para las personas mayores. La satisfacción es alta en todas las intervenciones.

Discusión

Los resultados de las intervenciones comunitarias en los territorios donde está el programa BSaB son positivos, a pesar de ello los/as profesionales implicados/as nos enfrentamos a algunos retos: 1) aumentar las coberturas de las intervenciones, 2) llegar a la población potencialmente más necesitada, 3) mejorar la coordinación entre diferentes profesionales e instituciones

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2017. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2018
2. Borrell C, Malmusi D, Artazcoz L, Díez E, Rodríguez-Sanz IP y. M, Campos P, et al. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012;26(2):182–9.
- 3- Agència de Salut Pública de Barcelona, 2018. Barcelona Salut als Barris. Programa d'intervenció comunitària per reduir les desigualtats en salut. Memòria d' activitat 2017, Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.

POSTER 126**AUTORES/AUTHORS:**

Inmaculada González Gibert, María Salvador Piedrafita, Yolanda Robles Garrido, Olga Juárez Martínez

TÍTULO/TITLE:

Evolución de la aplicación del programa de promoción de la Salud Sexual en las escuelas de Barcelona, 2011 -2017

1. Objetivos

La Agència de Salut Pública de Barcelona impulsa programas escolares de prevención universal en diversos ámbitos de salud. El programa de prevención de relaciones sexuales no protegidas, prevención del embarazo adolescente y de las infecciones de transmisión sexual, "Parlem-ne, no et tallis!" (PNT)(1) ha mostrado efectividad en estudios de evaluación con grupo control(2,3). El programa dispone de dos itinerarios (I-6 sesiones; II-4 sesiones), el segundo itinerario con sesiones impartidas conjuntamente con una pareja de jóvenes de la clase. El objetivo de este estudio es analizar la evolución de la aplicación de PNT en las escuelas de la ciudad de Barcelona entre 2011 y 2017.

2. Métodos

Se realiza un estudio descriptivo transversal y un estudio cualitativo exploratorio de tipo descriptivo. Se utilizan dos fuentes de información para la evaluación a lo largo de los cursos escolares, datos de inscripción de escuelas y datos de las encuestas de valoración autodministradas por el profesorado que ha implementado el programa, al finalizar el curso escolar. Mediante los datos de inscripción se analiza la cobertura escolar, de aulas y alumnado, la distribución territorial; con los datos de las valoraciones se analiza implementación y satisfacción, y se recogen puntos fuertes y de mejora del programa, estos textos literales son informatizados(4).

3. Resultados

Estos últimos años se observa un aumento de la cobertura de alumnado participante en el programa PNT, situándose en el 38% en el curso 2017-18 (34% 2011-12), que representan al 30% de los centros de educación secundaria obligatoria inscritos a PNT de la ciudad de Barcelona. A nivel territorial, el distrito de Ciutat Vella se mantiene con las coberturas de centros más altas (78% de media) y Sant Martí presenta un progresivo aumento (3,8% 2012-13; 52% 2017-18), estos datos coinciden temporalmente con las adaptaciones realizadas en el programa PNT para abordar necesidades identificadas en estos distritos (aspectos culturales y de diversidad sexual). A partir de 2016-17 podemos observar datos según barrios priorizados o no del programa "Barcelona Salut als Barris"(5), estrategia orientada a reducir desigualdades en salud, y observamos que las escuelas de barrios priorizados doblan la cobertura de inscripción de los barrios no priorizados (52% y 24% respectivamente; 2017-18). La satisfacción global media de PNT se sitúa por encima de 7 (I-7,4; II-7,9), en una escala de 0 a 10, y un 90% del profesorado declara que lo volvería a aplicar (I y II). Los aspectos más relevantes expresados por el profesorado se repiten en los diferentes cursos escolares, en referencia a los puntos fuertes predominan la diversidad de actividades, la idoneidad del contenido, comprensible y práctico. Con respecto a los puntos de mejora expresaron, la falta de tiempo para aplicarlo y el material impreso poco actualizado (este último expresado a partir de 2015-16).

4. Discusión

PNT está llegando a más alumnado en cada curso escolar, y está valorado satisfactoriamente por el profesorado que lo desarrolla en el aula. Valoramos positivamente continuar adaptando PNT a las necesidades expresadas a fin de disminuir las desigualdades en salud y afrontar necesidades específicas de los y las jóvenes de la ciudad de Barcelona.

Implicaciones para la práctica clínica:

Este estudio recoge la satisfacción y necesidades recogidas por el profesorado y alumnado, que permitirán actualizar un programa de prevención de relaciones sexuales no protegidas, prevención del embarazo adolescente y de las infecciones de transmisión sexual, dirigido a adolescentes en los centros educativos. Pone en relieve la necesidad de continuar en el diseño de intervenciones que favorezcan un entorno escolar saludable y abordar las desigualdades en salud de las y los adolescentes.

Las autoras manifiestan que el presente estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Agència de Salut Pública de Barcelona. Programa: Parlem-ne; no et tallis! [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.aspb.cat/parlem-ne-no-et-tallis/>
2. Juárez O. Programas de prevención del embarazo, las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH/SIDA, entre jóvenes escolarizados de Barcelona ciudad (1992-2014). Universitat Autònoma de Barcelona,; 2015 [citado 6 de septiembre de 2019]; Recuperado a partir de: <https://ddd.uab.cat/record/165738>
3. Diez E, Juárez O, Nebot M, Cerdà N, Villalbí J. Effects on attitudes, knowledge, intentions and behaviour of an AIDS prevention programme targeting secondary school adolescents. *Promot Educ* [Internet]. 24 de septiembre de 2000 [citado 6 de septiembre de 2019];7(3):17-22. Recuperado a partir de: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/102538230000700307>
4. Agència de Salut Pública de Barcelona. Programes de promoció de la salut en centres d'educació primària i secundària de la ciutat de Barcelona. Avaluació [Internet]. Barcelona; Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2lVqB5U>
5. Diez, E. Pasarin, Ml. Daban F. Salut als Barris en Barcelona, una intervenció comunitària para reducir las desigualdades sociales en salud. *Comunidad* [Internet]. 2012;14:121-6. Recuperado a partir de: <http://www.pacap.net/pacap/wp-content/uploads/2013/07/Experiencias.pdf>

POSTER 130**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Benitez, Dolors Estrada, Alejandra Egea, Anna Jordán, Rosa Maria Soriano

TÍTULO/TITLE:

Día mundial de la hipertensión. Resultados de una intervención.

Objetivos: Esta campaña tuvo como propósito sensibilizar e informar de cómo prevenir la hipertensión arterial. Los objetivos fueron analizar las cifras de presión arterial y la información proporcionada a través de una encuesta, en el contexto de una actividad organizada para el día mundial de la hipertensión.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo, con 3 mediciones de presión arterial (PA) en 119 personas que quisieron participar voluntariamente. Las variables recogidas fueron edad, sexo, presencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, fumador, ejercicio), medidas antropométricas (presión arterial, peso e índice de masa corporal) y un cuestionario validado de adherencia a la dieta mediterránea con 17 ítems (Predimed Plus).

Resultados: La media de edad fue de 60 años, con un rango entre 22 y 83 y una desviación estándar de 13,9 siendo el 78% mujeres. En relación a los factores de riesgo cardiovascular que presentaban, un 42,9% tenía hipertensión, un 6,7% eran diabéticos, un 16,8% era fumador, un 31,9 tenía colesterol y un 41,2% realizaba ejercicio físico más de tres días a la semana. Se observó que la media de presión arterial sistólica (PAS) fue de 122mm/Hg con un 42% de personas con valores de PA óptimas y la media de presión arterial diastólica (PSD) fue de 75,8 mm/Hg con un 66,4% de personas con valores de PA óptimas. En relación al índice de masa corporal un 55,5% presento un valor por encima de 25,8 Kg/m². Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de adhesión a la dieta mediterránea alcanzó una media de 8,41 ± 2,97, siendo las principales deficiencias los ítems relacionados con las legumbres 30%, cereales 31% y frutos secos ≥ 3 raciones semana 47%.

Discusión: El día mundial de la hipertensión arterial pretende que la población mundial tome conciencia sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable y un mayor conocimiento de su presión arterial. Esta iniciativa ha logrado aumentar el número de personas que han conocido que tienen su presión arterial por encima de los valores óptimos e incidir en la importancia de realizar cambios saludables en su vida diaria. Estas acciones permiten conocer las cifras de presión arterial a personas que nunca o en muy pocas ocasiones se han tomado la presión arterial, aconsejar e incidir en la alimentación, actividad física y son claves para la prevención, diagnóstico y control de la hipertensión.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. Rev Esp Cardiol. 2016;69(6):572–578.
- 2- Gijón T, Gorostidi M, Camafort M, Abad M, Martín E, Morales F, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Hipertens Riesgo Vasc. 2018.
- 3- Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Eur Heart J. 2018. 39;3021-3104.
- 4- Roca A Hipertensión arterial y política de salud en Cataluña: de la teoría a la práctica. Med Clin. 2012;138(15):678-683.
- 5- Benítez M, Egocheaga MI, Dalfó A, Bajo J, Vara L, Sanchis, et al. Estudio Conocimiento: grado de conocimiento sobre hipertensión arterial de nuestros pacientes. Relación con el nivel de control de la misma. Hipertens Riesgo Vasc. 2015;32(1):12-20.
- 6- Estruch R, Ros E, Salas J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. N Engl J Med. 2013;368(14):1279-1290.

POSTER 132**AUTORES/AUTHORS:**

LORENA LOURDES TEJERO VIDAL, LAURA BATALLA PEINADO

TÍTULO/TITLE:

Gamificación como estrategia para evaluar el grado de conocimiento de la misión y visión de una empresa sanitaria

Introducción:

El juego forma parte de nuestro aprendizaje y ya el filósofo Platón (427-347 a.C.) decía que "se podía conocer mejor a una persona jugando con ella una hora, que en toda una vida conversando "(1).

La gamificación es una técnica de aprendizaje que traslada la mecánica de los juegos al ámbito profesional con el fin de conseguir mejores resultados, aumentar la motivación, absorber mejor algunos conocimientos, mejorar alguna habilidad, o bien recompensar acciones concretas, entre otros muchos objetivos (2-5).

Las organizaciones actuales deben pensar en diseñar tareas y actividades con la finalidad de aprovechar la predisposición psicológica hacia el juego buscando inducir y mejorar la motivación hacia la adquisición de nuevas competencias y evaluación de los resultados (6,7).

Se debe tener en cuenta, que en todas las áreas de nuestra cotidianidad se pueden aplicar conceptos de gamificación, pudiendo así centrar la atención en el enfoque principal del aprendizaje que resulta de interés en ese momento (6,8,9).

Forma parte de la Planificación Estratégica de las empresas la definición de la misión, visión y valores de las mismas, así como, la evaluación del grado de interiorización de las mismas por parte de todos los miembros que la componen (10,11).

Objetivo: utilizar una técnica de gamificación para analizar el grado de conocimiento de la misión, visión y valores de GSS en el grupo de profesionales del nivel II.

Metodología:

Estudio observacional descriptivo transversal enmarcado en un proceso de evaluación de la calidad asistencial.

Como instrumento, se elaboró una encuesta previa con 7 preguntas de respuesta múltiple con un tiempo límite introducidas en la plataforma QUIZZ. Esta plataforma de gamificación permite plantear una serie de preguntas con una temporización, en las que el discente no tiene mucho tiempo para pensar en la respuesta. Permite por tanto, evaluar el grado de interiorización de los conocimientos previos (12).

Las preguntas estaban basadas en los criterios establecidos en el "Manual d' Acreditació de Centres d'atenció d'aguts" del Departament de Salut de Catalunya (13).

Recursos materiales: dispositivos móviles con acceso a internet.

Análisis: los resultados fueron analizados tras introducirse los datos en un Excel. Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables, describiendo las frecuencias, la moda y la desviación típica.

Resultados:

A nivel global, de los 35 profesionales del grupo II que participaron en la sesión magistral y que competían entre ellos, sólo un 3% respondieron correctamente a la totalidad de las preguntas.

El cuestionario se iniciaba preguntando sobre si la empresa Gestió de Serveis Sanitaris (GSS) disponía de una misión, visión y valores definidos en el Plan Estratégico, a la cual, un 77% manifestaban que sí, en contra de un 23% que no contestó.

De manera más concreta, se consultó sobre si la misión de GSS incorporaba aspectos de docencia y de investigación, manteniéndose el porcentaje de profesionales que no contestaba y que contestaba de manera afirmativa.

Datos que contrastaron con la consulta de si dentro de la misión se incorporaban aspectos de innovación, docencia e investigación en ámbitos de la atención hospitalaria, comunitaria, de salud mental y atención social, un 74% de las respuestas fueron incorrectas.

Al consultar sobre el grado de conocimientos de cuáles son los valores que GSS tiene definidos, la mayoría de los profesionales tenía claros que eran el compromiso, la equidad, la innovación y la sostenibilidad. Cuestión que planteó conflictos por el tiempo marcado para la respuesta, que hizo que algunos profesionales no pudieran contestar.

Para analizar si realmente se tenía interiorizada la visión de la empresa, se consultó sobre una de las líneas que actualmente el Departament de Salut está priorizando, la atención centrada en el paciente. Se les preguntó sobre si la visión de GSS no incorporaba las preferencias del ciudadano en cuanto a la toma de decisiones. En un 63 % de los casos se tenía claro que así era. Finalmente, se les planteó el si conocían cuáles eran las líneas asistenciales que estaban definidas dentro de la misión de GSS. La gran parte de los que respondieron, tenían claro que sí que estaban incorporadas las cuatro líneas que la empresa tiene

desarrolladas: atención primaria y comunitaria, atención especializada, atención en salud mental y drogodependencias y la atención sociosanitaria.

Conclusiones:

Este primer análisis del grado de conocimientos de la misión, visión y valores de GSS ha permitido el identificar puntos de mejora, especialmente destacables en el ámbito de la difusión de los mismos; llevando a la necesidad de realizar recordatorios de los lugares dónde están accesibles y el requerimiento de tenerlos interiorizados como profesionales de la organización.

Es uso de esta técnica de gamificación se ha enmarcado en una formación presencial como mecanismo de evaluación del grado de conocimientos y con la intención de aumentar la motivación entre los profesionales.

El uso de los dispositivos móviles gracias a la aparición de los smartphones, facilita un aprendizaje que se produce de manera ubicua, espontánea y flexible debido a su fácil portabilidad (14).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Medina Navarro L. Lisis o de la Amistad. Patricio A. Madrid; 1871. 211-220 p.
2. Ramírez JL. Gamificación: mecánicas de juego en tu vida personal y profesinal. Servicio Comercial del Libro, editor. Madrid; 2014. 164 p.
3. Werbach K, Hunter D. Gamificación: revoluciona tu negocio con las técnicas de los juegos. Pearson Educación, editor. Madrid; 2014. 147 p.
4. Montes Rodriguez AJ. La gamificaicón como metodología didáctica: una experiencia real en el aula. Antonio Jesús Montes Rodriguez, editor. Sevilla; 2018. 78 p.
5. Gnecco ML. Gamificación: incrementar el interés en el estudiante [Internet]. Mar del Plata; 2018. Disponible en: academicognecco@yahoo.com.ar
6. Melo Solarte D, Díaz P. El aprendizaje afectivo y la gamificación en escenarios de educación emocional. Inf tecnológica. 2018;29(3):237-48.
7. Cortizo JC, Carrero F, et al. Gamificación y docencia: Lo que la universidad tiene que aprender de los videojuegos. VIII Jornadas Int Innovación Univ Madrid. 2011;1-8.
8. Arnold BJ. Gamification in eduction. Am Soc Bus Behav Sci. 2014;21(1):32-9.
9. Posada F. Gamificación educativa. CanalTIC. 2013.
10. DCABO Consultores. La importancia de la misión, visión y valores de una empresa [Internet]. 2019 [citado 17 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.dcaboconsultores.com/la-importancia-de-la-mision-vision-y-valores-de-una-empresa/>
11. Román Pérez LA. Valoración crítica acerca de la misión, visión y valores en la empresa Kjc. Obs la Econ Latinoam [Internet]. 2009;116:26. Disponible en: <https://ideas.repec.org/a/erv/observ/y2009i11626.html>
12. Bal S. Using Quizizz.com to enhance pre-intermediate students' vocabulary knowledge. Int J Lang Acad. 2019;6(3):295.
13. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Manual d' Acreditació de Centres d'atenció d'aguts. Generalita. Barcelona; 2019.
14. Mateo Gallego C, Ruiz Yepes G. Terapias de errores con aprendizaje móvil y gamificación: estudio comparativo en español de los negocios. FOLIOS. 2018;48:121-35.

POSTER 135**AUTORES/AUTHORS:**

Clara San Felipe González, Carolina González Hernando

TÍTULO/TITLE:

COBERTURA Y EFECTIVIDAD DE LA VACUNA CONTRA LA TOSFERINA EN LAS GESTANTES DE CASTILLA Y LEÓN

En la actualidad la tosferina sigue siendo una enfermedad no erradicada con la aparición de un gran número de casos en España y en Castilla y León concretamente, y con gran mortalidad, sobre todo en menores de 6 meses (1-5). La estrategia más efectiva y novedosa para combatirla es la administración de una dosis de la vacuna de la dTpa a todas las mujeres embarazadas durante el tercer trimestre de gestación (3,6).

Esta investigación tiene como principal objetivo analizar la cobertura de vacunación actual frente a la tosferina en las gestantes de Castilla y León, y su posterior comparación con otras comunidades autónomas; así como observar la eficacia de la inclusión del programa de vacunación en Castilla y León desde 2015, teniendo en cuenta la prevalencia de la enfermedad en bebés de 0-12 meses de edad.

Se ha realizado una revisión bibliográfica y un estudio descriptivo transversal, analizando de forma retrospectiva los datos procedentes de los registros informatizados de vacunación de embarazadas en las diferentes provincias de Castilla y León, desde 2015 a 2018. Todos estos datos, solicitados previamente a la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, se encontraban agrupados en tablas Excel y, con la ayuda de la representación gráfica de dicho programa, se realizó el análisis cuantitativo usando la estadística para su posterior interpretación. Seguidamente, se realizó un análisis y comparación de los resultados obtenidos entre la prevalencia de tosferina en bebés menores de 12 meses y la cobertura de vacunación de dTpa en mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación.

En 2015, fueron registrados un total de 65 de casos de tosferina en menores de un año en la comunidad de Castilla y León, produciéndose un descenso significativo hasta 2018, con 7 casos registrados. La cobertura de vacunación de dTpa, en esta comunidad, comenzó en 2015 con tan sólo un 2,19%, incrementándose de forma importante en 2016 con un 86,92%. En 2017 se mantuvo constante con un 88,18% hasta 2018, cuyos últimos resultados fueron de un 87,6%. Asimismo, se han visibilizado un reducido número de rechazos a la vacunación en algunas provincias que, en algunos casos, podrían estar relacionados con movimientos antivacunas.

Castilla y León es una de las comunidades que presenta unos porcentajes de cobertura elevados y mantenidos, sobre todo durante los años 2016 y 2017. A pesar de ello, el objetivo es continuar incrementando la cobertura con la intención de proteger a todos los Recién Nacidos de la Comunidad.

Al mismo tiempo, la implementación del programa de vacunación de dTpa en embarazadas ha sido efectiva, ya que se ha conseguido reducir de forma notable la aparición de la enfermedad en los lactantes de dicha comunidad.

Por otro lado, la información previa a la vacunación aportada a todas las gestantes a través de su matrona, puede ser un factor decisivo a la hora de vacunarse. De ahí que se haya creído importante el uso de esta investigación en la práctica clínica mediante la elaboración de un vídeo de difusión de información previa a la vacunación para embarazadas a través del canal de YouTube "Edublog Enfermería".

Este estudio no presenta conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Manual de vacunas en línea de la AEP. 39. Tosferina [Internet]. Comité Asesor de Vacunas. Asociación Española de Pediatría (AEP). 2018 [citado 6 de enero de 2019]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-39>

2. Van Esso Arbolave D, Marés Bermúdez J. Manual de Vacunas Pediátricas para Atención Primaria. 1.a ed. Madrid: Panamericana S.A.; 2016.
3. Vilajeliu A, Velasco C, Valencia S, García V, Bayas JM. Vacunación en la mujer en edad fértil y embarazada. *Matronas Profesión*. 2014;15(3):85-7.
4. Gabutti G, Azzari C, Bonanni P, Prato R, Tozzi AE, Zanetti A, et al. Pertussis: Current perspectives on epidemiology and prevention. *Hum Vaccines Immunother* [Internet]. enero de 2015 [citado 7 de marzo de 2019];11(1):108-17. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.4161/hv.34364>
5. Kilgore PE, Salim AM, Zervos MJ, Schmitt H-J. Pertussis: Microbiology, Disease, Treatment, and Prevention. *Clin Microbiol Rev* [Internet]. julio de 2016 [citado 9 de diciembre de 2018];29(3):449-86. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4861987/>
6. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Preguntas y respuestas sobre la vacunación frente a la tosferina en embarazadas para profesionales sanitarios [Internet]. Información sobre vacunación frente a tosferina en embarazadas. 2016. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Vacunacion_Tosferina_Embarazadas_Prof_Sanitarios.pdf

POSTER 137**AUTORES/AUTHORS:**

LAURA MARTIN LOSADA, ESTELA MUÑOZ GONZALEZ, MARTA SANCHEZ GARCIA, NICOLAS CUENCA ZALDIVAR, RAQUEL DOMINGUEZ MORALES, TERESA DIAZ ZORITA-CALLEJA, JORGE ROBERTO DE SOUZA LUCIO, MANUEL ANGEL PASCUAL PASCUAL

TÍTULO/TITLE:

Percepción de las enfermeras sobre la estrategia de implantación de la escala PAINAD para la valoración el dolor

Introducción: El Hospital Guadarrama es candidato a Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC), un proyecto para transferir la evidencia a la práctica clínica, liderado por Investen-Instituto de Salud Carlos III. Se trabaja para implantar buenas prácticas siguiendo las recomendaciones de guías de práctica clínica. Una de las guías a implantar es Valoración y manejo del dolor (RNAO)¹, elegida por la elevada prevalencia de este problema en los pacientes ingresados. Entre las recomendaciones encontramos "Realizar una valoración integral del dolor en personas incapaces de expresar su dolor utilizando una herramienta validada". En este hospital, es frecuente que haya pacientes con deterioro cognitivo y/o problemas de comunicación, por lo que se eligió la escala PAINAD², para su implantación. La detección del dolor es fundamental para un manejo eficaz, donde las enfermeras tienen un papel muy importante, por su mayor contacto con los pacientes¹. Por lo que se plantearon las intervenciones para el manejo por parte de enfermería. Se consideraba necesario conocer el alcance de la implantación de la escala. Objetivo: Valorar la utilidad de las acciones realizadas para implantar la escala PAINAD aplicada en la detección y evaluación del dolor en pacientes con deterioro cognitivo y/o problemas de comunicación. Método: Ámbito: Hospital Guadarrama, de media estancia, candidato a CCEC. Diseño: Descriptivo transversal. Sujetos/participantes. Enfermeras clínicas de hospitalización. Procedimiento: 1. Implantación escala PAINAD (sep2018-mar2019). Las acciones comprenden una formación en aula sobre dolor y manejo de la escala, sesiones de casos prácticos en grupos reducidos y un acceso rápido a la escala para facilitar su uso. 2. Evaluación post-implantación (abril 2019). Variables: 16 variables que incluyen la percepción de las enfermeras sobre la formación, la facilidad en la aplicación de la escala, el uso realizado de la escala y si perciben mejor registro de dolor. Instrumentos: se utilizó una encuesta creada ad-hoc (16 ítems), 13 variables fueron evaluadas mediante escala Likert de 0 (totalmente en desacuerdo/insatisfecho) a 5 (totalmente de acuerdo/muy satisfecho) y otras 3 variables categóricas SI/NO/No sabe-No Contesta. Análisis: Se realizó con el programa Excel 2013 y los gráficos con RStudio. Se considera positivo/eficaz, la media mayor o igual a 4 puntos por consenso. Resultados: Se evaluaron las encuestas de 33 enfermeras (75%). Resultaron con una media igual o superior a 4: la utilidad de la formación impartida sobre dolor para las funciones desempeñadas (4,5), los docentes transmitieron con claridad los conocimientos (4,6), la utilidad de los conocimientos adquiridos (4,4), la satisfacción global con la formación (4,5), la utilidad de los casos prácticos para el manejo de la escala PAINAD (4,7), la facilidad en la aplicación de la escala PAINAD (4,3), la utilidad de la escala formato bolsillo (4,0), el formato bolsillo facilita la evaluación del dolor (4,4). ¿Realizas más registros de dolor que antes? (4,0). Resultaron con media inferior a 4: Consideras suficiente la duración de la formación (3,8), utilizas la escala PAINAD situada en las torres de toma de constantes vitales (3,2), el formato de las torres de constantes facilita evaluación dolor (3,7), crees que las puntuaciones registradas han mejorado (3,6). Variables categóricas: Evalúas y registras dolor al menos 1vez/turno: Sí=78%. Compruebas y registras dolor después de administrar analgésico: Sí=79%. Actualmente, la valoración se registra en el apartado de escala EVA. ¿Preferirías que escala PAINAD se sumase automáticamente al elegir las definiciones en despleables? Sí=72%. Discusión. El Hospital Guadarrama no disponía de una escala que permitiera la valoración y seguimiento en aquéllos pacientes con dificultad para comunicarse y/o que presentaran deterioro cognitivo. Se realizaron acciones para implementar la escala PAINAD y con ello dotar a las enfermeras de destrezas para su uso adecuado. Las acciones realizadas muestran que las enfermeras están satisfechas con la formación recibida y la consideran útil, aunque la duración no alcanza sus expectativas. Los casos prácticos son la actividad mejor valorada. Se considera que la escala es fácil de aplicar, coincidiendo con otros autores^{2,3}. Se facilitó el uso de la escala creando formatos accesibles, al igual que en otros proyectos de implantación como el de Tíscar-González (2019). En el caso del Hospital Guadarrama se valoró mejor el formato de bolsillo que los situados en las torres de toma de constantes vitales. Se realizan más registros, aunque hay que continuar mejorando, así como trabajar un formulario que permita integrar la escala PAINAD en la historia clínica. Implicaciones para la práctica. Se trabaja para mejorar la excelencia en la atención cuando se introducen herramientas que ayudan a detectar el dolor y mejorar su manejo en pacientes con dificultad para comunicarse. Este estudio puede aportar estrategias para transferir evidencia a la práctica clínica, en especial a otros CCEC que implanten guía de valoración/manejo del dolor. Se recomienda uso de casos prácticos para reforzar manejo de escala PAINAD.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Manejo y valoración del dolor. Guía de buenas prácticas en enfermería [Internet] RNAO, 2013. Disponible en https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015_-_BPG_Pain_16_01_2015_-_3rd_Edition.pdf
2. García-Soler A. et al. Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada: PAINAD-Sp. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014 Jan-Feb;49(1):10-4. doi: 10.1016/j.regg.2013.02.001.
3. Rodríguez-Mansilla J, Jiménez-Palomares M, González-López-Arza MV. Escalas de valoración del dolor en pacientes con demencia. Instrumentos de ayuda para el fisioterapeuta, el médico, el enfermero y el terapeuta ocupacional. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(1):35-41.
4. Tíscar-González V, Uriarte-Díaz A, Morales-Boiza N, Linaza-Arriola MB, García-Guevara N, Izquierdo-García MJ. Postoperative pain management in a surgical unit in a Basque Country hospital: a best practice implementation project. JBI Database System Rev Implement Rep. 2019 Apr;17(4):614-624. doi:10.11124/JBISRIR-2017-003749.

POSTER 140**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA ISABEL CRESPO DE LAS HERAS, JULIA PEREZ ALONSO, MARIA PAZ GONZALEZ ESTEBAN, ANTONIO MANUEL BALLESTEROS ALVARO

TÍTULO/TITLE:

Más allá de la hoja de reclamaciones. Análisis cualitativo de las reclamaciones y sugerencias en Atención Primaria. (AP)

Resumen

Objetivos: Comprender las opiniones, expectativas y percepción de los profesionales y los ciudadanos del Servicio de Atención al Ciudadano (SAC)). Averiguar qué soluciones plantean los usuarios y los profesionales para subsanar las deficiencias del Sistema Sanitario, mejorar la calidad e inferir posibles mejoras.

Diseño: Estudio cualitativo con Grupos Focales.

Contexto. Área de Salud de Palencia. SAC. Mayo 2017.

Participantes: Uno integrado por seis usuarios, otro por ocho profesionales de AP.

Método El grupo de profesionales estuvo conformado por integrantes sanitarios y no sanitarios de AP, de distintos servicios y ámbitos, el de usuarios por quienes presentaron quejas durante el 2016 Para procesar los datos se empleó el programa QDA Miner Lite.

Resultados Se identificaron en el grupo de profesionales las categorías iniciales: vivencia de la reclamación, la comunicación con el usuario, los trámites de la reclamación/ propuestas de mejora, a las que se añadieron dos categorías emergentes: agresiones/ agresividad, y educación. En el grupo de usuarios a las tres categorías iniciales: expectativas ante la reclamación, comunicación y propuestas de mejora, se añadió una categoría emergente: exigencia.

Implicaciones para la práctica : La mayoría de los estudios publicados sobre esta temática son estudios cuantitativos y este estudio aporta la vertiente humana, que es necesaria restituir en el Sistema Sanitario, para integrar el discurso de los protagonistas.

Conclusiones: Las actitudes y las percepciones del S.A.C son diferente según el colectivo que focalicemos. Todos sospechan que la administración y los gestores del Sistema Sanitario se ponen al servicios de los otros. Para evitar la frustración al no tener una solución efectiva, los usuarios sugieren promover estrategias que estimulen la participación

Palabras Clave

Defensa del Paciente, grupos focales, grupos profesionales, cliente, reclamaciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Rodríguez Pérez AI, Do Muíño Joga M. Análisis de las reclamaciones de los usuarios de un área de Atención Primaria. Cad Aten Primaria, 17, 92-96. [Acceso 5-04-2017]; Disponible en: http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL17/vol_2/orixinais_01_vol17_n2.pdf
2. Moure Fernández L, Puialto Durán M J, Salgado Álvarez C, Porto Porto B, Antolín Rodríguez R. Proyecto de investigación: Estudio cualitativo para la detección de áreas susceptibles de mejora en la asistencia hospitalaria del CHUVI. Biblioteca Lascasas, 2013; 9(1). [Acceso 5-04-2017]; Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0696.php>
3. López A, Ortiz H, de Miguel V. Análisis de las reclamaciones presentadas en un área de atención primaria. Revista de Calidad Asistencial, 1/2003, Vol.18(3), pp.153-158. [Acceso 5-04-2017]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X03775940>.
4. Melero-Lacasia A, García-Orellán R. Aportación de la metodología cualitativa en estudios de enfermería sobre la percepción del paciente. [Acceso 5-04-2017]; Disponi-ble en: http://www.academia.edu/20550885/Aportaci%C3%B3n_de_la_metodolog%C3%ADa_cualitativa_en_estudios_de_enfermer%C3%ADa_sobre_la_percepcci%C3%B3n_del_paciente.
5. Mishima SM, Campos AC, Matumoto S, Fortuna CM. Satisfacción del usuario bajo la perspectiva de la responsividad: ¿estrategia para análisis de sistemas universales?. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2674. [Acceso 5-04-2017]; Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-02674.pdf
6. Rubio AM, Ibáñez F, Cobos R, Santiago R, Sánchez N..Análisis de las reclamaciones presentadas en un centro de salud durante los años 2010 a 2012. Estudio descriptivo transversal. Rev Calid Asist. 2014 Sep-Oct;29(5):296-8. [Acceso 5-04-2017]; Disponible

en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X14000967>

POSTER 141**AUTORES/AUTHORS:**

SILVIA CARBONELL-PALAU, CARMÉ GUITERAS-MAURI, MONTSE MASFERRER-GIRALT, CARMÉ RUIZ-PADILLA, LAIA NADEU- NADAL, IRENE PIELLA-RIFA, ALICIA MINAYA-FREIRE, EMMA PUIGORIOL JUVANTENY, MIREIA SUBIRANA-CASACUBERTA

TÍTULO/TITLE:

EXPERIENCIA DEL PACIENTE ATENDIDO EN UN PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA LIDERADO POR ENFERMERAS

INTRODUCCIÓN: L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) define la hospitalización domiciliaria como una alternativa asistencial, cuyo modelo organizativo ofrece atenciones y cuidados médicos y enfermeros de rango hospitalario en el domicilio del paciente, manteniendo la calidad y la seguridad de la atención que se ofrece en la hospitalización convencional (1). En los últimos veinticinco años esta modalidad de atención se ha consolidado como una de las alternativas al ingreso hospitalario (2,3), con el objetivo de dar respuesta a nuevas necesidades de atención a los pacientes (4). Para la valoración de este modelo de atención se han definido indicadores que todavía hoy están en construcción y que, ponen de manifiesto la satisfacción del paciente en relación a la atención recibida (5).

Conocer la opinión de los pacientes en relación a los cuidados recibidos permite a las organizaciones establecer mecanismos de mejora adaptados a las necesidades y preferencias del paciente.

El programa de hospitalización domiciliaria de nuestro centro se inició en 2011 y está liderado por enfermeras. Las enfermeras son las que realizan y gestionan los cuidados del paciente en el domicilio. Toda la información sobre la evolución del paciente queda registrada en la historia clínica para que pueda ser consultada por el médico referente desde el hospital y compartida por ambos profesionales en la toma de decisiones.

OBJETIVO: Evaluar la experiencia del paciente atendido en un programa de hospitalización domiciliaria.

METODO: Estudio descriptivo transversal de los pacientes atendidos en el programa de hospitalización domiciliaria en un hospital universitario de la provincia de Barcelona, durante los meses de enero a marzo de 2019. Se excluyeron los pacientes que no pudieron dar respuesta a la encuesta telefónica por imposibilidad de localización, dificultad comunicativa o fallecimiento. Se recogieron las variables sociodemográficas (edad y sexo) y las variables relacionadas con la satisfacción (accesibilidad, tiempo y capacidad de respuesta, comunicación/información, cortesía y amabilidad, competencia profesional y seguridad) descritas por Parasuraman, Zeithmal y Berry (6), según modelo Seryqual. Este modelo mide la calidad de la atención, desde las expectativas y percepciones de los pacientes, en base a cinco dimensiones: fiabilidad, sensibilidad, seguridad, empatía, y elementos tangibles. Mide cada una de las dimensiones en 4 niveles de acuerdo, de menor a mayor grado. Los resultados se agrupan en los dos ítems con mayor acuerdo (por ejemplo: bueno y muy bueno o siempre y casi siempre)

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 99(100%) pacientes con una media de edad de 65±15 y 57(58%) eran hombres. El motivo de ingreso se agrupó en categorías en función del servicio médico de procedencia: 50(51%) traumatología, 16(16%) urología, 16(16%) cirugía general 16(16%) medicina interna, 1(1%) y 1(1%) oncología. Los resultados se presentan agrupados para los dos valores superiores de cada variable. La información recibida del programa de hospitalización domiciliaria fue considerada completa o muy completa por 91(92%) pacientes, la periodicidad de las visitas buena o muy buena por 91(92%) y la eficacia de la atención satisfactoria o muy satisfactoria en 96(97%) de los encuestados. En referencia a la información e instrucciones para el auto se consideró muy buena y buena en 96(97%), en la disponibilidad y trato de las enfermeras 95(96%) pacientes consideraron que era buena o muy buena, 96(97%) refirieron sentirse escuchados y comprendidos siempre o casi siempre. En cuanto al tiempo de respuesta telefónica 99(100%) respondieron que era bueno o muy bueno y 76(76%) manifestaron que siempre o casi siempre fueron avisados si la visita se demoraba. Respecto a la percepción de seguridad y confianza 91(92%) se sintieron siempre o casi siempre seguros. No se manifestaron complicaciones durante el ingreso domiciliario en 81(82%) y la resolución de problemas fue muy buena o buena en 94(95%) de los pacientes. Se analizaron dos variables para conocer el manejo del dolor, se valoró la pauta de medicación administrada y el control del dolor. En el primer caso 98(99%) recordaban disponer de tratamiento para el dolor y 84(85%) consideraron que el control era muy bueno o bueno. A la pregunta de si utilizaría de nuevo el programa de hospitalización

domiciliaria la respuesta fue afirmativa 87(88%) casos. El grado de satisfacción global otorgado por los pacientes fue del $9,1 \pm 1,2$.

DISCUSIÓN: Los resultados obtenidos son similares a los reportados en la literatura. Destacar que los valores de satisfacción son superiores a los de la hospitalización convencional, manteniéndose los valores de calidad y seguridad por lo que la hospitalización domiciliaria liderada por enfermeras en un hospital comarcal, se consolida como una alternativa sólida y efectiva a la hospitalización convencional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Aquas Gencat cat.

http://aquas.gencat.cat/es/ambits/avaluacio-tecnologies-qualitat/qualitat-serveis/avaluacio_hospitalitzacio_domiciliaria_catalunya/.

2. González-Ramallo VJ, Segado-Soriano A. Veinticinco años de hospitalización a domicilio en España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(9):332–3.

3. Jordi Varela. 5 intensidades de provisión para 1 sanidad más valiosa. 2019. 94–95 p.

4. Cotta RMM, Suárez-Varela MM, Cotta Filho JS, Llopis González A, Días Ricós JA, Ramón Real E. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2002 Apr;11(4):253–61.

5. Puchi-Gómez C, Paravic-Klijn T, Salazar A, Puchi-Gómez C, Paravic-Klijn T, Salazar A. Indicadores de calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria: revisión integradora. *Aquichan*. 2018 May 21;18(2):186–97.

6. Parasuraman, A. Zeithaml A, Berry LL. SERVQUAL: Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *J Retail*. 1988;64(1):12–40.

POSTER 143**AUTORES/AUTHORS:**

Fernando Campaña Castillo, José Manuel Romero Sánchez, Olga Paloma Castro

TÍTULO/TITLE:

Desarrollo y validación de una "Carta de Derechos y Compromisos de los ciudadanos frente a la e-salud"

Objetivo:

Desarrollar y validar, mediante consenso de profesionales y pacientes, una serie de derechos y compromisos de los ciudadanos frente a la e-salud, que se integren en un documento de mínimos que recoja el nuevo paradigma de la e-salud.

Método:

En una primera fase, se llevó a cabo un estudio usando técnicas de consenso para desarrollar una serie de derechos y compromisos de los ciudadanos frente a la e-salud. Se creó un grupo de trabajo para identificar y seleccionar los derechos y compromisos fundamentales en base a una búsqueda sistemática de otras cartas de derechos y deberes de pacientes generales respecto a la salud y una búsqueda bibliográfica para identificar aspectos relevantes en torno a la e-salud(1–4). La versión preliminar estaba compuesta de 10 derechos y 10 compromisos.

En una segunda fase de validación, se realizó un estudio tipo Delphi(5) en línea en 2 rondas. Se constituyó un panel de expertos doble, formado por profesionales de la salud y por pacientes. Estos confirmaron su condición de experto de forma autoevaluativa, y el único criterio de exclusión fue rehusar la participación. El reclutamiento fue mediante método de bola de nieve. Se creó una encuesta en línea para la recolección de los datos en la que se interrogaba sobre variables socio-demográficas, variables sobre conocimiento percibido y uso de la e-salud en ambos grupos y la carta de derechos y deberes desarrollada en la fase anterior. Se pidió a los expertos que evaluaran en 4 atributos (Contenido, Adecuación, Relevancia, Comprensibilidad) la aptitud de cada derecho y obligación. Se calculó el índice de validez de contenido (IVC) para cada atributo, en base a las valoraciones de los expertos. Valores superiores a 0,70 fueron considerados indicativos de una buena validez. Para evaluar el consenso entre expertos se utilizó el estadístico Fleiss' Kappa (fK)(6) considerando valores 0.61-0.80 como acuerdo substancial. Para caracterizar la muestra se utilizó la estadística descriptiva.

Resultados

El panel de profesionales de la salud expertos estaba compuesto por 85 sujetos, mayoritariamente mujeres (69,4%) con una edad media de 49 años (SD=8,57), de los que el 45,9 tenían algún tipo de formación de posgrado. El panel de pacientes expertos estaba conformado por 49 sujetos mayoritariamente mujeres (61,2%), con una edad media de 54,18 años (SD=9,39), y de los que el 51% tenía formación universitaria de grado o posgrado.

Fueron necesarias dos rondas Delphi para alcanzar el consenso. En la primera se validaron 18 de los ítems. Todos los valores de fK fueron superiores a 0.61, lo que indica un consenso substancial, excepto para uno de los derechos que obtuvo un consenso moderado (fK=0,58) aunque aceptable. Los dos compromisos no validados fueron modificados siguiendo sugerencias de los expertos y validados en una segunda ronda.

Discusión

El documento surgido de este estudio buscar ser un punto de referencia o marco en la llamada e-salud, con respecto a la importancia que está adquiriendo la salud digital en la atención sanitaria. Y, por qué no, un documento en torno al que generar debate. Un debate en torno a la ética y las políticas sanitarias, no tanto de futuro si no del presente, colocando al ciudadano en el centro.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**Bibliografía**

1. Goldman J. ePatient Bill of Rights [Internet]. Blog, Klick Health. 2011 [cited 2019 Feb 14]. Available from: <https://www.klick.com/health/news/blog/epatient-bill-of-rights/>
2. Raposo VL. Telemedicine: The legal framework (or the lack of it) in Europe. *GMS Health Technol Assess* [Internet]. 2016 Aug 16;12:Doc03–Doc03. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27579146>
3. Vuorikari R, Punie Y, Carretero S, Van Den Brande L. *DigComp 2.0: The Digital Competence Framework for Citizens 2016*. The

Conceptual Reference Model [Internet]. EUR 27948. Publications Office of the European Union; 2016 [cited 2018 Nov 7]. Available from: <https://ec.europa.eu/jrc>

4. World Health Organization. eHealth at WHO [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2017 [cited 2018 Feb 5]. Available from: <http://www.who.int/ehealth/about/en/>

5. Donohoe H, Stellefson M, Tennant B. Advantages and Limitations of the e-Delphi Technique: Implications for Health Education Researchers. *Am J Heal Educ* [Internet]. 2012;43(1):38–46. Available from: <https://search.proquest.com/docview/922006029?accountid=14495>

6. Fleiss JL. Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychol Bull.* 1971;76(5):378–82.

POSTER 144**AUTORES/AUTHORS:**

María Dolores Quiñoz Gallardo, Laura Fernández Puerta, Cristabel Castillo Valdivia, Dolores Vellido González, María Leticia González Guerrero, Antonio Rivas Campos, Germán Prados García

TÍTULO/TITLE:

Insomnio, salud emocional y variables relacionadas con la díada paciente-cuidador

Objetivos: Padecer un sueño de mala calidad es una situación frecuente en el cuidador informal que cuida durante años, derivado de esta condición, aparecen numerosos factores predisponentes, precipitantes y perpetuadores que pueden llevar a estas personas al padecimiento de insomnio crónico. Además, el hecho del ingreso hospitalario del cuidador acompañando al receptor de los cuidados va a agudizar la falta de descanso del primero que en muchas ocasiones permanece con su familiar las 24h. El objetivo de este estudio fue analizar si había diferencias significativas en cuanto al padecimiento de insomnio y el deterioro de la salud emocional en personas cuidadoras comparadas con persona sanas que no lo son. Y analizar la relación del insomnio con la salud emocional del cuidador, características relevantes en el ámbito del cuidado informal y aspectos relacionados con la hospitalización.

Métodos: Cincuenta y dos cuidadores informales que acompañaban a su familiar durante la hospitalización fueron entrevistados y completaron diversas medidas de autoinforme. Así mismo, siguiendo el mismo procedimiento de evaluación, 49 personas sin enfermedades de entidad y que no eran cuidadoras fueron reclutadas incidentalmente en espacios de la administración pública. Todos firmaron un consentimiento. Los cuidadores y los controles fueron comparados en variables sociodemográficas, psicológicas, niveles de insomnio, parámetros relacionados con el cuidado y la hospitalización usando pruebas T de Student y de Chi cuadrado. Y coeficientes de correlación de Pearson para explorar la relación existente entre el insomnio, el estado emocional, la carga del cuidador, características clínicas del paciente y variables relacionadas con el ingreso.

Resultados: Las personas cuidadoras presentaron un mayor grado de insomnio ($14,54 \pm 6,27$ vs. $6,90 \pm 6,32$; $p < 0,001$), depresión ($10,73 \pm 4,61$ vs. $4,27 \pm 3,59$) y ansiedad ($11,13 \pm 4,81$ vs. $7,80 \pm 4,88$) que las personas que no tenían familiares a su cargo. También las primeras consumían más analgésicos e hipnóticos (42,5% vs. 8,3% y 35% vs. 10,4%, respectivamente). Las correlaciones entre el nivel de insomnio, las medidas del estado emocional, las características del cuidador y el paciente, y las variables relacionados con el ingreso mostraron que en las personas cuidadoras un mayor nivel del insomnio se asociaba con mayores niveles de sobrecarga ($r = 0,399$, $p < 0,001$), depresión ($r = 0,503$, $p < 0,001$) y ansiedad ($r = 0,561$, $p < 0,001$). También, una mayor gravedad de las manifestaciones clínicas del paciente se relacionó con mayores quejas de insomnio en el cuidador ($r = 0,282$, $p < 0,05$). Sin embargo, cuanto más viejo era el cuidador, las quejas de insomnio eran menores ($r = -0,380$), algo que no ocurría en el grupo control.

Discusión: Los hallazgos de este estudio indican que el insomnio es un problema grave en las personas que cuidan de su familiar en el hospital, y que puede estar contribuyendo a la sobrecarga y deterioro emocional, probablemente, ya mermados por ejercer su labor de cuidadores de personas dependientes en el domicilio. Es urgente que desde las instituciones sanitarias se establezcan estrategias y planes funcionales de atención al cuidador que promuevan su descanso y respiro durante la hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

McCurry, S., Song, Y., & Martin, J. (2015). Sleep in caregivers: What we know and what we need to learn. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 497-503.

Shankar, K. N., Hirschman, K. B., Hanlon, A. L., & Naylor, M. D. (2014). Burden in caregivers of cognitively impaired elderly adults at time of hospitalization: A cross-sectional analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(2), 276-284.

Epstein-Lubow, G., Gaudiano, B., Darling, E., Hinckley, M., Tremont, G., Kohn, R., ... Miller, I. W. (2012). Differences in depression severity in family caregivers of hospitalized individuals with dementia and family caregivers of outpatients with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 20(9), 815-819.

POSTER 146

AUTORES/AUTHORS:

Montserrat Amigó Tadín, M. Francisca Molina Rivas, Santiago Nogué Xarau

TÍTULO/TITLE:

ATAQUES CON ESPRÁIS DE DEFENSA PERSONAL ATENDIDOS EN UN ÁREA DE DESCONTAMINACIÓN QUÍMICA DE URGENCIAS

Introducción: Los gases lacrimógenos son armas químicas y son utilizados con regularidad por los cuerpos y fuerzas de seguridad como antidisturbios. Pero en España, la población general puede disponer también de ellos de forma legal en forma de espráis y aunque vendidos con finalidad defensiva son, en ocasiones, utilizados de forma ofensiva.

Objetivo: Evaluar las atenciones realizadas a personas atacadas con espráis de defensa personal.

Método: Durante un período de 9 años (2010-2019) se han revisado las asistencias realizadas por enfermería de forma autónoma en el Área de Descontaminación Química (ADQ) de urgencias del Hospital Clínic debidas al uso de espráis de defensa personal. Se recogieron datos e información epidemiológica, circunstancial, clínica y terapéutica. El dolor ocular o cutáneo fue medido con la escala visual analógica (EVA). Todas las variables se introdujeron en una base de datos y se utilizó el programa estadístico SPSS para su análisis. Los resultados se expresan en números absolutos, porcentajes, medias o medianas. Se comparó la puntuación en la escala EVA antes y después de la descontaminación, utilizando la prueba de la t de Student para muestras apareadas y la prueba de ANOVA para comparar grupos. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se han incluido 31 pacientes (13% de todas las descontaminaciones químicas realizadas en el ADQ). La edad media fue de 29,6 años, siendo el 87% de los casos de sexo masculino. El 32,3% de los agredidos eran de nacionalidad española y el 48,4% de origen sudamericano. La agresión se produjo en el curso de una pelea (80,7%) o con ánimo de robo (19,3%), la mayoría de madrugada (77,6% de los casos entre las 4:30 y las 6:30 h) y en el 61,5% de las veces hubo dos o más afectados de forma simultánea. El ataque se produjo en la vía pública en el 48,4 % de las ocasiones y el 45,2% en una discoteca. Tardaron una mediana de 30 min en llegar a urgencias y el 61% no se había lavado previamente. La cara y los ojos fueron las zonas más afectadas y los síntomas predominantes fueron eritema cutáneo y conjuntival, picor, quemazón o dolor. El tratamiento aplicado en urgencias fue inmediato (media de demora: 3 min) y se empleó agua (29%), suero fisiológico (3,2%) o una solución hipertónica, quelante y anfótera (68%), con notable mejoría sintomática en el 83,9 % de los casos, pasando de un EVA media de 7,7 al ingreso a 3,2 a la salida ($p < 0,001$). La mediana de tiempo de permanencia en el Hospital fue de 72 min. El 54,8% de los pacientes recibieron además asistencia oftalmológica y el 41,9% tratamiento sintomático por el urgenciólogo, con buena evolución en todos ellos.

Cuando se comparó la escala EVA ($n=24$) en el grupo en el que se utilizó la solución polivalente ($n=17$) respecto al grupo en que se usó agua o suero fisiológico ($n=7$), se observó que no hubo diferencias en el EVA inicial entre ambos grupos ($8,06 \pm 2$ vs $7,00 \pm 2$, $p=0,253$) y que el descenso en la puntuación EVA aunque fue mayor en el grupo de la solución polivalente ($5,00 \pm 3$) respecto al otro ($3,43 \pm 1$), las diferencias tampoco fueron significativas ($p=0,208$).

Discusión e implicación práctica: Los espráis de defensa personal, al igual que los gases lacrimógenos, contienen agentes químicos diversos como la cloroacetofenona (agente CN), el 2-clorobenzilideno malonitrilo (agente CS) o la capsaicina, conocida esta última como gas pimienta. Estos agentes producen una irritación inmediata de la mucosa ocular que se traduce en forma de quemazón, lagrimeo, fotofobia y blefaroespasma irrefrenable que impide la visión e incapacita al individuo. Si la exposición es intensa se afecta también la mucosa nasal, garganta y vías respiratorias. El tratamiento implica el alejamiento de la fuente de exposición y la retirada de las lentes de contacto si las hubiera. A partir de ahí, las opciones de descontaminación varían desde la irrigación copiosa con agua o suero salino al 0,9% durante 10-15 min en las contaminaciones oculares, al agua y jabón en las contaminaciones cutáneas, pasando por descontaminar con soluciones hipertónicas y anfóteras. En los casos presentados, el uso de la citada solución no se asoció a diferencias significativas en cuanto al EVA, pero sí manifestaron los individuos mayor comodidad y disminución de los síntomas de forma más rápida. El factor tiempo es importante para una eficaz descontaminación y disminución de los síntomas, especialmente los oculares que, en caso de persistir, requieren siempre una consulta oftalmológica. Las lesiones cutáneas importantes podrían requerir corticoterapia tópica y antihistamínicos, así como una consulta con un dermatólogo o cirujano. Otros síntomas (respiratorios, digestivos) se tratan sintomáticamente.

En definitiva, el uso de espráis de defensa personal con ánimo de robo o agresión es una realidad en nuestro medio. Las medidas de descontaminación son prioritarias y contribuyen a aliviar los síntomas y posiblemente evitar secuelas. La existencia de una ADQ en urgencias facilita que este procedimiento se realice de forma inmediata, por enfermería con un triaje avanzado. La educación

sanitaria sería beneficiosa para saber cómo y cuándo usar estos pequeños dispositivos de arma química y posteriormente como tratar la sintomatología , .

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Schep LJ, Slaughter RJ, McBride DI. Riot control agents: the tear gases CN, CS and OC-a medical review. J R Army Med Corps 2015; 161: 94-9.

Niyousha MR, Panahi Y, Golzari S. Acute and chronic effects of disturbance control factors, complications and treatment method. J Environ Anal Chem 2015; 2: 138.

Karaman E, Erturan S, Duman C, Yaman M, Duman GU. Acute laryngeal and bronchial obstruction after CS (o-chlorobenzylidenemalononitrile) gas inhalation. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2009; 266:301-4.

Carron PN, Yersin B. Management of the effects of exposure to tear gas. BMJ 2009; 338: b2283.

Viala B, Blomet J, Mathieu L, Hall A H. Prevention of CS "tear gas" eye and skin effects and active decontamination with diphoterine: preliminary studies in 5 French gendarmes. J Emerg Med 2005; 29: 5-8.

Brvar M. Chlorobenzylidene malononitrile tear gas exposure: Rinsing with amphoteric, hypertonic, and chelating solution. Hum Exp Toxicol 2016; 35: 213-8.

Nogué Xarau S, Amigó M, Velasco V. ¿Qué hacer en las quemaduras oculares o cutáneas por productos químicos? Emergencias. 2014; 26:235-6.

Nogué S, Amigó M, Uría E, Fernández F, Velasco V. Actividad de un área de descontaminación química de un servicio de urgencias. Emergencias 2012; 24: 203-207.

Rihawi S, Frentz M, Becker J, Reim M, Schrage NF. The consequences of delayed intervention when treating chemical eye burns. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2007; 245:1507-13.

Yeug MF, Tang WYM. Clinicopathological effect of pepper (Oleoresin capsicum) spray. Hong Kong Med J 2015; 21:542-52

POSTER 148**AUTORES/AUTHORS:**

MIQUEL ÀNGEL CALDERÓ SOLÉ, CARME TORRES PENELLA, MONTSERRAT GEA SÁNCHEZ

TÍTULO/TITLE:

José Quílez, practicante foráneo en la Cataluña rural de postguerra.

OBJETIVO

Describir y dar visibilidad a los cuidados de enfermería en época de postguerra en un ámbito rural, mediante las experiencias personales y trayectoria profesional del practicante José Quílez.

METODOLOGIA

Estudio cualitativo de investigación histórica que utiliza la entrevista biográfica como recurso en historia oral, enmarcado en el paradigma fenomenológico.

Se han utilizado fuentes orales directas, correspondiendo la presente biografía al enfermero practicante José Quílez. Dichas fuentes orales se han triangulado con otras fuentes escritas tales como el archivo particular de la persona entrevistada y el archivo del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida. Se han adoptado las normas del fondo "Archivos de la Memoria" para su transcripción, elaboración de relato y posterior análisis.

RESULTADOS

Nacido en 1927 en Zaragoza, hijo de un vigilante nocturno de la Basílica de Nuestra Señora del Pilar y de una guarnicionera, con el único vínculo familiar en profesión sanitaria por parte de su tío, practicante del pueblo de Pinseque, de quien hereda el amor a la profesión y la necesidad de estudio y actualización continua.

Realiza durante dos años y de manera simultánea los estudios de practicante y de comadrón en la Facultad de Medicina y Maternidad de Zaragoza respectivamente.

Adquiere las primeras experiencias profesionales como voluntario para el servicio militar en el cuerpo de aviación, donde se encarga de revisar el estado de salud de las nuevas incorporaciones de soldados noveles, hasta que se traslada a la pequeña localidad de Lacorvilla, donde ejerce de barbero – practicante. Posteriormente se instala en Pinseque donde ejerce de comadrón y prepara el estudio de las oposiciones que aprobaría el año 1958 para adquirir la plaza definitiva de APD en la localidad de Almenar (Lleida, Cataluña).

En Almenar discurre una vivencia difícil de buen principio, con el asedio laboral por parte de los profesionales médicos con quien debía compartir la prestación sanitaria en aquella población rural, calificada por él mismo como "un desastre de experiencia" a su llegada a dicha población. Ejerce durante más de 30 años y su trayectoria incluye etapas significativas del sistema sanitario español, como la integración en la Seguridad Social y la creación de los primeros centros municipales de salud.

DISCUSIÓN

La trayectoria personal y profesional de José Quílez dan ejemplo de lo que supuso el ejercicio de la profesión enfermera por parte de un funcionario de la administración local en el ámbito rural en Cataluña desde el período de postguerra española hasta las reformas sanitarias de finales del siglo XX.

A la vez, su caso evidencia la conflictividad que surgió entre cuerpos profesionales tras la aprobación del régimen de acumulación de plazas en los Cuerpos Sanitarios Locales, tal y como encontramos en diversos registros directos de la época. A pesar de las penurias vividas inicialmente, la profesionalidad y honestidad descrita en el relato confirman el reconocimiento y respecto a su persona con la que se jubila tras toda una vida de cuidados enfermeros.

El conocimiento, análisis y estudio del pasado histórico puede aportar elementos que permitan entender la denominada "anorexia de poder" del colectivo enfermero en la actualidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.- Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo elaborar un relato biográfico. Arch Memoria, 2004; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php> Consultado el 15 de septiembre de 2019.

2.- Pujadas J. El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. 2ª ed. Madrid: Centro de Investigaciones

Sociológicas, 1992; 59-84.

POSTER 152**AUTORES/AUTHORS:**

Renáta Zeleníková, Elena Gurková, Darja Jarošová, Ilona Plevová

TÍTULO/TITLE:

Investigation of unfinished nursing care in selected European countries

Objectives: The aim of the study was to investigate and compare unfinished nursing care in selected European countries.

Methods: A cross-sectional descriptive study was performed to investigate the unfinished nursing care in four selected central European countries. Unfinished nursing care was assessed using the PIRNCA (Perceived Implicit Rationing of Nursing Care) questionnaire, an inventory of 31 nursing activities (Jones, 2014). Nurses were asked to rate how often they were unable to complete each of the 31 activities for patients on their previous seven shifts: "never" = 1, "rarely" = 2, "sometimes" = 3, "often" = 4 (Van Fosson, 2017). The research sample included 1353 nurses from four European countries (Croatia, Czech Republic, Poland, and Slovakia).

Results: Mean item scores of the 31 items of PIRNCA in the total sample ranged from 1.13 to 1.92. The lowest overall PIRNCA score has the Czech sample (1.28), the highest overall PIRNCA score has the Croatian sample (1.76). Significant differences in all 31 elements of the PIRNCA as well as in the overall mean score have been found between countries. Slovak and Czech nurses reported less unfinished care than Polish and Croatian nurses ($p = 0.000$). The care interventions most frequently unfinished were identified as follows: emotional or psychological support to a patient or family; timely response to requests; patient teaching; and important conversation with another member of a patient's multidisciplinary team.

Discussion: This is the first multinational study investigating and comparing the prevalence of unfinished nursing care across Central European countries using PIRNCA questionnaire. The research results confirmed high prevalence of unfinished nursing care in four selected European countries what is in congruence with results of other multinational quantitative studies (Ausserhofer et al., 2014; Blackman et al., 2018). The results also point to certain aspects of nursing care which are more frequently left unfinished than others. Most of the unfinished nursing care tasks were time consuming nursing activities. The findings have implications for nurse managers. The significance of prioritizing basic nursing care is obvious, and our results show the nursing care activities that nurse managers need to work on.

Key words: unfinished nursing care, PIRNCA, hospital, nurses, survey.

Conflict of Interest Statement

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research and authorship.

Acknowledgement

Supported by Ministry of Health of the Czech Republic, grant nr. NV18-09-00420 Rationing of nursing care as one of indicators of the occurrence of nosocomial infections and other adverse events in hospital inpatients. All rights reserved.

Research study was supported by COST OC-2015-2-20085 Rationing-Missed Nursing Care: An international and multidimensional problem

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., DeGeest, S., Rafferty, A. M., ...RN4CAST consortium. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality Safety*, 23(2), 126–135. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318
- Blackman, I., Papastavrou, E., Palese, A., Vryonides, S., Henderson, J., & Willis, E. (2018). Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 33–41. doi: 10.1111/jonm.12514
- Jones, T. L. (2014). Validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) Instrument. *Nursing Forum*, 49(2), 77–87. doi: 10.1111/nuf.12076
- Van Fosson, Ch. A. (2017). Monthly variation of unfinished nursing care at the US Army Burn Center. The University of Texas at Austin. Dissertation Thesis. 190 p.

POSTER 153

AUTORES/AUTHORS:

Caroline Longpre, Maripier Jubinville

TÍTULO/TITLE:

Care Integration Models: a Systematic Review

Introduction: Recent reforms of the health and social services system in Quebec have focused on structural and organizational changes to promote better integration of care in order to respond more efficiently to the complex needs of the population. These mandated changes, which aim to develop care trajectories for vulnerable clientele, also represent significant challenges in institutionalizing integrative clinical practices, which requires the support of renewed clinical governance. Aim: In order to help update the mechanisms for integrating care within the health and social services system, this systematic review aims to explore recent theoretical, clinical and empirical literature on the concept of integrated care and its modelling. It contributes to identifying gaps in scientific data and thus guide future research (INESSS, 2013). Research questions: What are the internal and external organizational factors influencing the development of clinical and management practices associated with better integration of care? Methods: The methodological guide of the systematic review of the Institut National d'Excellence en santé et services sociaux (INESSS, 2013) made it possible to answer research questions systematically and explicitly. The analysis was based on the reference framework "Levers et obstacles au développement de l'intégration des soins [Levers and obstacles for the development of integrated care]" (Longpré & Dubois, 2017), which presents three main areas of intervention (resources, organizational processes, and clinical processes), as well as sub-themes and associated cross-sectional levers and constraints. The development of this framework was based 1) on the "Development Model for Integrated Care (DMIC) (Minkman, 2011) which provides an empirically validated analytical framework for observing practices in an integration context on the one hand, and care trajectory integration processes according to an evolutionary scheme on the other, and 2) on the organizational strategic analysis model (Collerette, Lauzier, and Schneider, 2013) which, based on systems and force field theory (Lewin, 1951), is used to examine the environmental and local factors influencing the integration process in organizations (Collerette, Delisle and Perron, 1997; Collar, Lauzier, Schneider, 2013). Results: The systematic review highlighted structural, organizational, and professional levers that contribute to the development of a nursing practice that is aligned with the requirements of integrated care. These results contribute to the validation of Longpré & Dubois' theoretical model (2017). Impact: Highlighting the main levers that clinical governance can mobilize in a complementary way promotes an understanding of the integration process and thus, the implementation and institutionalization of integrative nursing practices. The validation of Longpré & Dubois' theoretical model (2017) equips health professionals and managers in the health network to set up and institutionalize care trajectories for target clientele. This model presents practical guidance on leverage to support the development of a care trajectory in an organization and, in so doing, supports the strengthening of clinical and management practice through greater integration in care and services. The results of this research are meaningful and useful for all healthcare systems aiming to improve integration of services. The levers and constraints presented apply to all settings struggling with issues of resource rationalization, continuity of care, duplication of services, or gaps in access to care. This presentation allows participants to reflect on their own integration practices, the levers and constraints present in their work environment and the mechanisms deployed to provide integrated care to the public.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Collerette, P., Delisle, G. et Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel: Théorie et pratique*. Ste-Foy, QC: Presse de l'Université du Québec.
- Collerette, P., Lauzier, M. et Schneider, R. (2013). *Le pilotage du changement*. Ste-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Collerette, P., Schneider, R. et Legris, P. (2003). *La gestion du changement organisationnel -Quatrième partie- L'adaptation au changement*. IISO Management Systems, 1(1), 56-64.
- INESSS (2013). *Les normes de production des revues systématiques. Guide méthodologique*. Avril.
- Longpré C & Dubois CA (2017). *Fostering development of nursing practices to support integrated care when implementing integrated care pathways: what levers to use ?* JOURNAL BMC Health Services Research. Nov 29;17(1) :790. doi : 10.1186/s12913-017-2687-0. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29187191>

Longpré, C., & Dubois, C. A. (2015). Implementation of integrated services networks in Quebec and nursing practice transformation: convergence or divergence ? *BMC Health Serv Res*, 15, 84. doi: 0.1186/s12913-015-0720-8.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25884845>

Longpré, C., Dubois, C. A., & Nguemeleu, E. T. (2014). Associations between level of services integration and nurses' workplace well-being. *BMC Nurs*, 13(1), 50. doi: 10.1186/s12912-014-0050-x.

<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-014-0050-x>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2015a). Plan stratégique 2015-2020 du Ministère de la Santé et des Services sociaux (no 10-717-02F). Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré à

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichier\2015\15-717-02W.pdf>

Minkman, M. (2011). *Developing Integrated Care: Towards a Development Model for Integrated Care*. (Doctoral thesis, Erasmus University, Pays-Bas). Repéré à

http://www.vilans.nl/docs/vilans/over_vilans/pdf/Proefschrift_Mirella_Minkman_Developing_Integrated_Care.pdf

POSTER 154**AUTORES/AUTHORS:**

MELTEM YILDIRIM, SEVIM SEN, DILEK AYGIN

TÍTULO/TITLE:

Experiences of Health Professionals who Provide Health Services to Refugees: A Qualitative Study

Objective: To understand the experience of providing health services to refugees from the point of view of health care professionals from different disciplines.

Methods: Edmund Husserl's (1859-1938) descriptive phenomenology is widely used in social science and healthcare research to understand the lived experiences of individuals (Christensen, Welch, & Barr, 2017; Rodriguez & Smith, 2018). In this qualitative study, a descriptive phenomenological method was used as the phenomenology provides an understanding of an experience from those who have lived it. The sample included 20 Turkish health professionals including nurses, doctors, and paramedics who are working in public health services. Qualitative data were collected between April and May 2019 by using a semi-structured interview guide which the interviews were conducted individually with each participant. Questions were designed to understand the difficulties experienced when providing healthcare to refugee patients, personal and/or possible institutional solutions used to overcome these difficulties, sociocultural perspective of providing healthcare to refugee patients, difficulties experienced by refugee patients and their expectations from healthcare professionals, as well as the expectations of health professionals from refugee patients. The interview guide also included questions to understand work-related and emotional consequences of providing healthcare to refugee patients. The interviews were recorded into a digital recorder with the permission of the participant and kept in a password protected digital folder apart from the written consents for securing their anonymity. The average length of the interviews was 20-minutes. Transcripts of the interviews were documented word by word by the researchers, and then were read and re-read for organizing the data into initial (in-vivo) codes, and then into higher codes. Following the thematic content analysis, the main codes that appeared were grouped below two categories: Difficulties and Necessities.

Results: Among the refugee patient population, Turkish health professionals are often coinciding with Syrian patients. Participants expressed certain difficulties and necessities while providing health services to refugee patients which these two core subjects were considered as the main themes derived from their experiences. One of the main difficulties experienced while providing health services to refugee patients was the language barrier. Not sharing a common language appears to be an important obstacle for understanding the needs of patients, and causing disruptions in the continuity of their treatment. Although the use of an interpreter seems to be a solution, its use is not yet well-organized in the clinical practice. This was considered as one of the necessities of providing health care to refugee patients which requires a well-planned multidisciplinary organization. On the other hand, another difficulty they experience is the extra time they spend for taking care of refugee patients due to the language barriers, which arises the necessity of spending more time with these patients. In addition to this, it makes them think that their work-load is increased by refugee patients. The participants were also commenting about the consequences of sociocultural differences of refugee patients and the difficulties caused by these differences such as lack of self-care and ignorance of health. Another difficulty observed by the health professionals is the ostracization of refugee patients by the Turkish patients due to their lack of self-care. On the other hand, it was reported by the participants that refugee patients experience adaptation problems to the social community that they are trying to be integrated regarding the official language of the country. In addition, it was seen that certain refugees try to continue some sociocultural behaviors they own such as rejecting a health professional from the opposite gender. Health professionals are found to be concerned about this sociocultural difference as well. One of the other difficulties observed by the health professionals is that the privileges granted by the government to Syrian refugees are not granted to minority refugees from other countries and to the poor population of Turkey without social security. In addition to this, it was observed that sometimes Syrian refugees tends to benefit unfairly from this privilege.

Discussion: Communication is the key for providing high-quality health care, while in refugee patients it's getting in danger due to the language barriers and its consequences. As a short-term solution, it is important to increase the number of interpreters who will work as a member of the healthcare team in the units that receive refugee patients and as a long-term solution, it is needed to initiate widespread language training services to facilitate the adaptation of refugee individuals to the language and to the culture of the

country that they live in.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Christensen, M., Welch, A., & Barr, J. (2017). Husserlian Descriptive Phenomenology: A review of intentionality, reduction and the natural attitude. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(8), 113–118. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n8p113>
2. Rodriguez, A., & Smith, J. (2018). Phenomenology as a Healthcare Research Method. *Evidence-Based Nursing*, 21(4), 96–98. <https://doi.org/10.1136/eb-2018-102990> School

POSTER 155**AUTORES/AUTHORS:**

Francesco Gemini, Teresa Bizzocca, Rosa Martiradonna, Michele Massaro

TÍTULO/TITLE:

COMPARISON OF ANXIETY IN PEOPLE SUBJECT TO VENOUS BLOOD COLLECTION: SYRINGE VS BUTTERFLY NEEDLE

Peripheral blood sample collection is an invasive practice and not at all free of psychological repercussions. Anxiety and pain are variables related to blood sampling are a short-lived experience, and in this context it is required that the procedures performed without proper control of the same can cause many negative emotions, which in turn can induce pain, conditioning the relationship with health professionals.

AIMS

Analyze the correlation between anxiety and pain during the peripheral vessel blood sampling procedure; check whether the difficulty in sampling and the stasis of tourniquet induce an increase in anxiety

METHODS

Sample: Patients in September - October 2017, at the Pennetti Analysis Laboratory in Barletta (Puglia, Italy). Inclusion criteria: Absence of haematological diseases or coagulopathies; absence of pathologies that can alter the result. Recording of data by occult observation and transcription of pre-post venipuncture anxiety using the MDAS scale

RESULTS

314 subjects involved in the study (188 females, 126 males), mean age 46.6, St.Dev. 23.3. Devices used: syringe with 22 Gauge needle (224 patients - 71%); Butterfly needle 23 Gauge (90 patients - 29%). Mean stasis time of tourniquet: syringe, 42s, needle butterfly, 76s. Anxious pre-post sampling patients (MDAS scale): Syringe, 40.1% - 12.7%; Butterfly needle, 15.9% - 24.2%. Mean pain (VAS scale): syringe, 1.3; needle butterfly, 2)

DISCUSSION

Blood sampling with syringe induces anxiety decreases immediately after the procedure, while the butterfly needle sampling has less anxiogenic impact on the patient, but its use on patients with difficulty in finding a venous access causes correlation with negative sensations, despite the device being less physical and visual impact.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Blount, R.L., Loiselle, K.A. (2009). Behavioural assessment of pediatric pain. *Pain Res Manage*, 14, 47-52

De, J., Wand, A.P.F.(2015). Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *The Gerontologist*, 55(6), 1079-1099

Giordano, J., Engebretson, JC, Benedikter, R. (2009). Culture, subjectivity, and the ethics of patient-centered pain care. *Camb Q Healthc Ethics*, 18, 47-56

Hjermstad, M.J., Fayers, P.M., Haugen, D.F., et al. (2011). Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adult: a systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6), 1073-1093. Infusion Nurse Society. (2011). Infusion Nursing Standards of Practice. *Journal of Infusion Nursing*, 34(1S), 1458-533

Lenhardt, R., Seybold, T., Kimberger, O., et al. (2002). Local warming and insertion of peripheral venous cannulas: single blinded prospective randomised controlled trial and single blinded randomised crossover trial. *Br Med Journal*, 324, 409-12

Lippi, G., Salvagno, G.L., Montagnana, M., et al. (2006). Influence of the needle bore size used for collecting venous blood samples

on routine clinical chemistry testing. Clin Chem Lab Med, 44, 1009-14

Lippi, G., Salvagno, G.L., Montagnana, M., et al. (2006). Venous stasis and routine hamatologic testing. Clin Lab Haematol, 28, 332-7

Lowe, G., Stike, R., Pollack, M., et al. (2008). Nursing blood specimen collection techniques and hemolysis rates in emergency department: analysis of venipuncture vs intravenous catheter collection techniques. J emerg nurs, 34, 26-32

Mirò, J., Castarlenas, E., Huguet, A. (2009). Evidence for the use of a numerical rating scale to assess the intensity of pediatric pain. European Journal of Pain, 13, 1089-1095

Noel, M., Mc Murtry, C., Chambers, C.T., et al. (2010). Children memories for painful procedures: the relationship between pain intensity, anxiety and adult behaviours to subsequent recall. J Pediatric Psychol, 35, 626-36

Price, D.D., McGrath, P.A., Rafii, A., Buckingham, B. (1983). The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. Pain, 17(1), 45-56

POSTER 158**AUTORES/AUTHORS:**

José Augusto Gomes, Maria Manuela Martins, Daisy Tronchin, Carla Fernandes

TÍTULO/TITLE:

Measuring quality in Operating Room

The Operational room is the financial center of any hospital and maximizing its efficiency has important implications for cost savings, patient satisfaction, and team satisfaction (1). Health care is currently under great pressure to seek efficiency, quality, safety and the satisfaction of the needs of its users (2,3). To measure the performance and efficiency of the operating room, hospitals need indicators that display and monitor key performance indicators (4). The use of efficient and accurate metering systems serves as a useful tool, allowing managers to monitor, monitor and improve the performance of health services (5). One of the main challenges in measuring and monitoring the performance of the operative block is to determine which indicators to include (4).

Methodology: Aware of the need arises this route that intends to evaluate the quality in the operating room through three instruments referring to the structure, the process and the result.

A quantitative and cross-sectional study was carried out. In order to reach the proposed objectives, three instruments were used to evaluate the quality in the surgical center related to structure, process and outcome, namely the instrument: Scale Indicators of Structure in the Operational Block (IEBO Scale), Quality Assurance Processes in the Operative Block (PQABO Scale) and Scale to measure Quality Results in the Operative Block (RQBO Scale). Data was collected through an electronic questionnaire filled out through Google Forms, where the search link was emailed to each participant. The form described the study objective, the data collection instruments, and the informed consent for voluntary and anonymous participation. The form in use was evaluated by the Ethics Committee.

The Scale Indicators of the Structure in the Operating room – IEBO (6) scale is composed of 28 items grouped into seven dimensions: Environment and equipment (5 items), Resources for quality and safety (7 items), Circuits in the operating room (4 items), Facilities and operating requirements (6 items), Training and praxis in the operating room (3 items), Continuity in nursing care (2 items), and Specificities of the professional groups (1 item). The internal consistency of the scale established through Cronbach's alpha showed adequate reliability indexes (0.9).

The Scale Processes of Care Quality in the Operating room – PQABO (7) scale 17 is composed by 17 items grouped by four factors: communication flow (7 items); support strategies to processes of care work (6 items); control for safety (2 items), and teamwork (2 items). The internal consistency of the scale, established through Cronbach's alpha, showed adequate reliability indexes (0.845).

The scale to measure the Results of Quality in the Operating room - RQBO (8) scale 18 is composed of 13 items grouped into three dimensions: Evaluation of the quality of care (6 items), Evaluation of the processes (4 items), and Control systems (3 items). The internal consistency of the scale, established through Cronbach's alpha, showed adequate reliability indexes (0.925).

Results: The study participants were 1019 Professionals with activity in the surgical center of 71 Portuguese hospitals. In order to achieve this goal, the following inclusion criteria were used: being a nurse or doctor with a direct operation in a surgical center for more than two years in Portugal. The use of the instruments related to the structure, process and results, based on the Donabedian Model allowed to evaluate the quality in the surgical center. It is worth noting that of the 71 included hospitals, in the various factors of the scales, the evaluation is mostly average. It should be noted that although the items of structure, process and outcome have been approached separately, it is important to understand and integrate Donabedian's systemic perspective that they are related to each other (9). Therefore, the global evaluation of health care provided requires understanding the three elements individually, but also the relationships among them.

Conclusion: The monitoring of the activity of the surgical centers with these instruments could foster a greater commitment on the part of the organizations in the promotion of quality processes in the surgical center, reducing the error and situations of risk, as well as, allowing the comparison of institutional practices.

This work seeks to contribute to the comparison of quality of operating rooms in Portuguese hospitals. Measuring the quality of care, integrating valid measurement instruments for applicability in the operating room plays an important role in research, clinical practice, and in health assessment. As a limitation of this study, the fact that it is restricted to a small part of all national institutions should be considered, given that the data collection was carried out by the professionals who work there and not by the hospital administrations, as well as the fact that the samples of the respective typologies are disproportionate among them.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gómez-Ríos MA, Abad-Gurumeta A, Casans-Francés R, Calvo-Vecino JM. Keys to optimizing operating room efficiency. Rev Esp Anestesiol Reanim 2019;66(2):104-112.
2. Perkins JN, Chiang T, Ruiz AG, Prager JD. Auditing of operating room times: A quality improvement project. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2014;78(5):782-786.
3. Costa Jr Altair da Silva, Leão Luiz Eduardo Villaça, Novais Maykon Anderson Pires de, Zucchi Paola. An assessment of the quality indicators of operative and non-operative times in a public university hospital. Einstein (São Paulo). 2015; 13(4): 594-599. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015GS3289>.
4. Gomes, J. A., Martins, M.M., Fernandes, C.S. Instrumentos para avaliar a qualidade e segurança no bloco operatório - revisão integrativa. Cogitare Enfermagem. 2016; 21(5).
5. Ministério da Saúde (PT). Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios. 2015
6. Gomes JA, Martins MM, Tronchin DMR, Fernandes CS. Validation of a Scale on Structure Indicators in the Operating Room: Contributions to Nursing. Aquichan. 2019; 19(1):
7. Gomes JA, Martins MM, Tronchin DMR, Fernandes CS. Processos de qualidade assistencial no bloco operatório – validação de uma escala. Journal Health NPEPS. 2018 jul-dez; 3(2): 352-367.
8. Gomes JA, Martins MM, Tronchin DMR, Fernandes CS. Validation of an Instrument to Measure the Results of Quality Assistance in the Operating Room. Quality Management in HealthCare2019; 3(2): 352-367.
9. Berwick D, Fox DM. Evaluating the Quality of Medical Care: Donabedian's Classic Article 50 Years Later. Milbank Q 2016; 94(2):237-241.

POSTER 159**AUTORES/AUTHORS:**

Marilyn Aita, Sonia Semenic, Audrey Larone Juneau, Bénédicte Grou

TÍTULO/TITLE:

NURSING-SENSITIVE INDICATORS OF NEONATAL CARE PRACTICES TO ENHANCE INFANTS AND PARENTAL OUTCOMES THROUGH THE CVP NEON@T

BACKGROUND & OBJECTIVE

Nurses have a leading role in enhancing infants and parental outcomes with evidence-based neonatal care practices such as breastfeeding, skin-to-skin contact [SSC], developmental care, and family-centered care [FCC]. However, resources constraint and lack of uniformity across NICUs are among factors impeding the implementation of these nursing practices. The goal of our project was to create a virtual community of practice in neonatology [CVP Neon@t] among university-based nurse researchers and leaders of all 6 level III NICUs in Québec, Canada to share resources and reduce duplication of practice-improvement efforts in order to harmonize neonatal care practices. Hence, a key objective of our project was to identify nursing-sensitive indicators of the 4 targeted evidence-based neonatal care practices for performance benchmarking between the NICUs and continued clinical quality improvement.

METHODS

Based on an extensive and integrative literature review along with clinical and research experience, nurse leaders and researchers of the CVP Neon@t have identified 12 nursing-sensitive indicators of the neonatal care practices. A corresponding set of tools was also developed and tested by the nurse leaders to evaluate the nursing-sensitive indicators in each NICU and guide the activities of the CVP Neon@t aimed at improving care related to the evidence-based neonatal care practices.

FINDINGS

For breastfeeding, the 4 nursing-sensitive indicators identified were breastfeeding rate (initiation, duration, exclusive), proportion of breastfed infants during NICU hospitalization, duration in days of breastfeeding transition from gavage to breast, and maternal breastfeeding self-efficacy. For SSC, 3 indicators were identified: the frequency, duration (cumulative hours) of the SSC, the early initiation of SSC in relation to gestational age (GA), as well as parental satisfaction related to SSC (frequency, duration and initiation). The 3 indicators for developmental care related to the proportion of infants adequately positioned (flexion of the body) in the NICU, the proportion of time that light and sound levels are appropriate for the infants' GA in addition to parental perception/satisfaction of light and noise levels in the neonatal unit and developmental care interventions. For FCC, the 2 identified indicators were the frequency and duration of parental presence in the NICU and parental perception of family-centered care in the NICU.

DISCUSSION

Through the CVP-Neon@t, our innovative project offers a set of nursing-sensitive indicators allowing the assessment of the evidence-based neonatal care practices across the units to harmonize care between all Quebec level III NICUs. Ultimately, the goal is to guide the implementation and the improvement of clinical care practices for the benefits of all infants and families in NICUs.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

no reference

POSTER 160**AUTORES/AUTHORS:**

Francesco Germini, Angelo Vista, Michele Massaro

TÍTULO/TITLE:

CHANGES IN DEHYDRATION IN CHILDREN BETWEEN WINTER AND SUMMER: RESULTS OF A STUDY

AIM

The study was carried out in order to highlight significant changes in the dehydration of children between the winter months and the summer months

METHOD

Children up to 12 years of age were considered in the province of Barletta, Andria, Trani, Puglia, Italy, who had access to the Department of Pediatrics of the "L. Bonomo" Hospital in Andria.

Data collection was carried out by detecting demographic characteristics, weight, sodium values, water loss, blood pressure, heart rate, skin turgidity, mucous membranes, eye globes, mental state, feeling of thirst

RESULTS

The subjects observed in January were 77, of which 36 in a state of dehydration (46.75%), while in July they were 61, of which 34 in a state of dehydration (55.74%). In January, 61% of cases had mild dehydration, 36% mean dehydration and 3% severe dehydration. In July, 47% of cases had mild dehydration, 50% mean dehydration and 3% severe dehydration. In the 36 cases of January, 35 were of isonatremic dehydration and 1 of hyponatremic dehydration; in the 34 cases of July, all were cases of isonatremic dehydration. Weight loss in mild dehydration: in January -0.240 kg, DS 0.115 kg; in July, -0.244 kg, DS 0.019 kg. (3-5% of body weight). Weight loss in mean dehydration: in January, -1.008 kg, DS 0.145 kg; in July, -0.714 kg, DS 0.179 kg. (6-9% of body weight). Weight loss in severe dehydration: in January, a weight loss of 5,500 kg in a 3-year-old girl with uncontrollable vomiting, hypoglycemia, asthenia and dyspepsia (body weight of 18 kg); in July, a weight loss of 7,300 kg in a 12-year-old girl diagnosed with hyperpyrexia, gastroenteritis and psychomotor retardation (body weight of 26 kg)

DISCUSSION

Dehydration is one of the most frequent causes of hospitalization and access to emergency care in children. Significant changes in the level of dehydration between winter and summer can also significantly change the course of treatment and dehydration in winter should not be underestimated.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Hayajneh WA, Jdaitawi H, Al Shurman A, Hayjneh YA. "Comparison of clinical association and laboratory abnormalities in children with moderate and severe dehydration". J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006 July 28

National Institute for Health and Care Excellence. "Diarrhoea and vomiting in children Diarrhoea and Vomiting caused by gastroenteritis: diagnosis, assessment and management in children younger than 5 years". April 2009

Colletti JE, Brown KM, Sharieff GQ, Barata IA, Ishimine P; ACEP Pediatric Emergency Medicine Committee. "The management of children with gastroenteritis and dehydration in the Emergency Department". L Emerg Med 2009 April

Seokyoung Hahn, YaeJean Kim, Paul Garner "Reduced osmolarity oral rehydration solution for treating dehydration due to diarrhoea in children: systematic review". BMJ 2001; 323: 81-85 (14 July)

Armon K, Stephenson T, MacFaul R, Eccleston P, Werneke U. "An evidence and consensus-based guideline for acute diarrhoea management". Arch Dis Child 2001 Aug; 85 (2): 132-42

Duke T. Molyneux E. "Intravenous fluids for seriously ill children: time to reconsider". The Lancet 362. October 18, 2003

Fonseca BK, Holdgate A, Craig JC. "Enteral vs intravenous rehydration therapy for children with gastroenteritis : a meta-analysis of randomized controlled trials". Arch Pediatr Adolesc Med.2004 May; 158 (5): 483-90

Nager AL, Wang VJ. "Comparison of nasogastric and intravenous methods of rehydration in pediatric patients with acute dehydration". Pediatrics. 2002 Apr; 109 (4): 566-72

POSTER 161**AUTORES/AUTHORS:**

Jessica Cecoro, Sandra Bargone, Maria Valeria Massidda, A.P Mejia Diaz, M.J. Garzon Escarraga, Paola Melis, C.I. Aviles Gonzales

TÍTULO/TITLE:

Validation and cultural adaptation of the nurse global assessment of suicidal risk in the Italian context

Hospitalization presents a risk factor for suicide.

This factor is alarming considering all the patients who need hospital care.

Objectives: The aim of this study observational, transversal and descriptive is that of evaluating the risk of suicide of patients hospitalized in ordinary stays through the NGASR.

Materials and methods: The study was conducted with a sample of 235 patients (without exclusion criteria regarding the age) staying in the operating units of medicine and surgery of the Policlinico Duilio Casula in the months of August, September and October 2018. With the help of two Italian mother tongue, two English mother tongue and a bilingual person, we arrived at an only translation agreed which would exclude any doubts regarding the following items of the original scale (Item n°1 Presence/Influence of Hopelessness, Item n°5 Evidence of withdrawal, Item n°14 History of alcohol and/or alcohol misuse)

Results: The scale was adapted culturally to Italian and statistically validated with an Alpha Cronbach of 0,727. The data has been analyzed with the program of statistics analysis: "IBPM SPSS STATISTICS VIEWER".

The study has shown that there is a high risk of suicide with 18% of patients and a high level of suicide risk in 8,1% of the cases. According to this study there is an existing thought of suicide in 63 patients out of 235.

Conclusion: These observations provide the ground work for further studies aimed at suicide risk based on a series of nursing actions related to different levels of suicide risks. To a high risk of suicide corresponds a continuous assistance from the nursing personnel during day and night shifts. It is recommended a wider number of patients, the validation with other statistical evidence and the comparison with another evaluation scale to verify a correspondence.

Key word: Cultural adaptation, evaluation scale level of risk, suicide ideas, prevention of the phenomenon.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Suicide Prevention: Toolkit for Implementing National Patient Safety Goal. 2007;
2. M Z. Prevenire gli errori- Imparare dagli errori- Suicidio in ospedale. 2007;
3. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Lancet. 2016;
4. Maris RW. Suicide. Lancet. 2002;
5. American Psychiatric Association. DSM 5. Arlington. 2013.
6. Leenaars AA, Lester D. Social factors and mortality from NASH in Canada. Crisis. 1998;
7. Jennifer Schreiber, MD Larry Culpepper, MD M. Suicide Ideation and social behaviour. 2018;
8. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. Eur Psychiatry [Internet]. 2012 Feb;27(2):129–41. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924933811001088>
9. Cutcliffe JR, Barker P. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. J Psychiatr Ment Heal Nurs. 2004;
10. Elizabeth A. Daubert e Barry G Gordon. Serotonin: a regulator of neuronal morphology and circuitry. 2017;
11. A. Coppen. The biochemistry of affective disorders. British J. 1967;
12. Jeffrey Lacasse Jonathan Leo. Serotonin And Depression. 2005;
13. Simon GMM. Effects of antidepressant on suicide risk in adults. 2018;
14. Spigset O. Martensson. Drug Treatment of depression. 1999;
15. Al. TM et. Emergence of intense suicidal preoccupation during Fluoxetine treatment. 1990;
16. Orbach I, Milstein I, Har-Even D, Apter A, Tiano S, Elizur A. A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for Adolescents. Psychol

Assess. 1991;

17. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979;
18. Stefansson J, Nordström P, Jokinen J. Suicide Intent Scale in the prediction of suicide. *J Affect Disord.* 2012;
19. Gipson PY, Agarwala P, Opperman KJ, Horwitz A, King CA. Columbia-Suicide Severity Rating Scale. *Pediatr Emerg Care.* 2014;
20. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry.* 2003;

POSTER 162**AUTORES/AUTHORS:**

Carla Sílvia Fernandes, Maria do Perpétuo Nóbrega, Margareth Ângelo, José Augusto Gomes

TÍTULO/TITLE:

Attitude towards families in Mental health care- Portugal / Brazil

Introduction

The attitudes that nurses adopt towards the family condition the nursing care process. Nurses working with people with mental disorders know that families experience feelings of rejection and stigmatization, even providing substantial amounts of care and support to the sick family member. This reciprocal impact is visible in several studies developed in different contexts of care practices (Borba et al., 2011; Chaves et al, 2017). This implies that the focus of nursing care is conceptualized in a systemic perspective of care. From this systemic approach, totality must be seen to be greater than its parts, where the properties or behaviors of the family system are better understood (Svavarsdottir et al., 2018). There is still tension between family members and health care providers, and the family may be subjected to negative stereotypes, which can lead to discrimination, feelings of shame and being blamed for the family member's mental health problems (Keog et al., 2017). The experience of stigma is also associated with an increased feeling of overload in the family member of the person with mental disorder (Allerby et al., 2015)

An indicator for assessing the quality of the relationship between health professionals and family members is to assess attitudes towards family involvement in care (Blöndal K et al., 2014; Fernandes et al, 2015). Aware of the importance of family participation in care for people with mental disorders and the changes in two important public policies in these two countries, this study aims to characterize and compare the attitudes of nurses working in primary health care on the importance to involve the families of the person with mental disorder in nursing care.

Methodology: Cross-sectional study, carried out in the cities of Porto and São Paulo. A first part on socio-demographic issues was used as a data collection instrument and in the second part the application of the "Families Importance in Nursing Care - Nurses attitudes (FINC-NA)" scale. Data collected in 2018. The IFCE-AE is composed of 26 items and allows measuring the Attitudes of nurses in their cognitive, affective and behavioural components, integrating for each statement a Likert structure agreement scale (4 options). It is considered that the higher the score obtained, the more the nurses' attitudes towards the family are supportive. The IFCE-AE in the Portuguese version has three dimensions, namely: family as a dialogue partner and coping resource (12 items), family as a nursing care resource (10 items) and family as a burden (4 items) (Oliveira et al., 2011)

The invitation for nurses to participate in the study was conducted through institutional electronic mail. Inclusion criteria were nurses who perform their professional activities in the community. The study was approved by the Ethics Committee in both countries.

Results: 250 Portuguese nurses and 250 Brazilians participated. The total mean score of the scale obtained a score 86.0 in Portugal and 82.1 in Brazil. The variables that influence a more favourable attitude towards the involvement of the families in the nursing care in the Portuguese context are the academic qualifications and age, whereas in the Brazilian one they are the formation about Family Nursing and the weekly workload. Attitudes associated with the importance of including families in nursing care have been widely studied, although to a lesser extent in the specific context of the person with mental disorder and specifically in primary care.

In this way it was possible to observe that in both contexts, the participants have, in both countries, a positive attitude towards families, which is a first step towards the integration of families in care. This study constitutes a first step as an indicator of situational assessment, with subsidies for the development of an intervention. Further studies are suggested to understand how a family care practice develops and builds, taking into account that the family nursing education process should be different for nurses who already have a supportive attitude towards families.

Conclusion: The attitude of primary care nurses to the importance of involving families in their care is fundamental to the quality of the intervention offered to family members. In both countries, the participants have a positive attitude toward families, which is a first step towards their integration into nursing care and also allows for advances in mental health policy. Future studies are suggested observing the practices and comparing the perspective of nurses with the perspective of family members. As limitations found in the study, we highlight the fact that data collection was performed through an electronic questionnaire, making it difficult to recognize the total population, and that those who responded to the study are more sensitive to the topic.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Borba et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. Rev. esc. enferm. USP. 2011; 45(2):442-449.
- Chaves et al. Importance of the family in the care process: attitudes of nurses in the context of intensive therapy. Journal of Nursing UFPE. 2017; 11(12): 4989-4998.
- Svavarsdóttir et al.. The impact of nursing education and job characteristics on nurse's perceptions of their family nursing practice skills. Scandinavian J Of Caring Sciences. 2018; 4(25).
- Blöndal et al. Attitudes of Registered and Licensed Practical Nurses About the Importance of Families in Surgical Hospital Units:. Journal Of Family Nursing. 2014; 20(3): 355-375.
- Fernandes et al. The Importance of Families in Nursing Care: Nurses' Attitudes in the Hospital Environment. Revista Referência. 2015; 4(7): 21-30.
- Keogh B, Skärsäter I, Doyle L, Ellilä H, Jormfeldt H, Kilku N, et al. Working with Families Affected by Mental Distress: Stakeholders' Perceptions of Mental Health Nurses Educational Needs. Issues In Mental Health Nursing. 2017; 38(10):822-828.
- Allerby K, Sameby B, Brain C, Joas E, Quinlan P, Waern M, et al. Stigma and Burden Among Relatives of Persons With Schizophrenia: Results From the Swedish COAST Study. Psychiatric Services. 2015; 66 (10): 1020-1026.
- Oliveira P, Fernandes H, Vilar A, Figueiredo M, Ferreira M, Martins M, et al. Attitudes of nurses towards families: validation of the scale Families' Importance in Nursing Care--Nurses Attitudes. Rev. esc. enferm. USP. 2011;45(6): 1331-1337

POSTER 163**AUTORES/AUTHORS:**

Débora Cunha, Márcia Ciol, Carina Dessotte, Fabiana Bolela, Rosana Dantas

TÍTULO/TITLE:

Evaluation of patients' cognitive impairment after hospitalization for decompensated heart failure.

Objective: to analyse the patients' cognitive impairment on the first outpatient return after hospitalization for decompensated heart failure (HF).

Method: Observational, cross-sectional study was carried out at the cardiology outpatient clinics of two public teaching hospitals in Ribeirão Preto, São Paulo state, Brazil, from November 2016 to June 2018. The inclusion criteria were: 18 years old or more, have been hospitalized due to clinical decompensation of HF, and be in the first outpatient return in the cardiology clinic after the hospital discharge. Patients were excluded if they needed surgical intervention. The data were collected through consultation of the patients' medical charts and by individual interviews during the first outpatient return after hospital discharge. The cognitive impairment was assessed by the Brazilian-Portuguese version(1) of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA)(2). The MoCA assesses the cognitive domains of: attention and concentration, executive functions, memory, language, visuoconstructional skills, conceptual thinking, calculations, and orientation. Total possible score is 30. Mild cognitive impairment is indicated by cut-off, 26. Low educational attainment is corrected by adding one-point to the final score for 12 years of education. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: 157 patients were evaluated from 15 to 30 days after hospital discharge. The mean age was 60 years old (s.d.=12), man (53%), married (62%), retired (90%), and 94% had less than 12 years of education (M=5.5). Ischemia cardiopathy was the primary reason for HF (35%), followed by Chagas Disease (32%). About 72% of the HF patients were hospitalized by acute decompensated heart failure profile B. The mean of MoCA total score was 19.9 (s.d.=5) and 145 (92.4%) had mild cognitive impairment (scores lower than 26).

Discussion: The result obtained in the studied sample was similar to those found by other researchers who evaluated the cognitive impairment using the MoCA instrument(3). Cognitive impairment increases risk for hospitalization and mortality, inefficient self-care, leading to poor adherence to treatment and HF decompensation. This condition may impair the patient's ability to manage HF because it affects the recognition of signs and symptoms of decompensation, as well as decision-making about treatment and adherence to drug therapy. Assessing cognitive impairment is important to plan health education actions aimed to improve the patients' self-care focus on the recognition of signs and symptoms of decompensation, as well as decision making on treatment and adherence to drug therapy.

This study was supported by research Brazilian agencies, CAPES and CNPq.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Sarment ALR (2009). Apresentação e aplicabilidade da versão brasileira do MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para rastreio de Comprometimento Cognitivo Leve. Dissertação (Mestrado). Escola Paulista de Medicina, UNIFESP, São Paulo.

(2) Nasreddine ZS et al (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*, 53(4):695-9.

(3) Harkness K et al (2013). Cognitive function and self-care management in older patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 13(3):277-84.

ÍNDICE / INDEX

Mesa de Comunicaciones 1: Manejo del dolor Concurrent Session 1: Pain managemet.....	p. 1
Mesa de Comunicaciones 2: Cuidados a niños y adolescentes Concurrent Session 2: Child and adolescent healthcare	p. 13
Mesa de Comunicaciones 3: Estudiantes de enfermería Concurrent Session 3: Nursing students	p. 23
Mesa de Comunicaciones 4: Enfermería y profesión Concurrent Session 4: Nursing profesion	p. 29
Sesión de Comunicaciones Orales Breves I Session of Oral Brief Presentations I	p. 35
Sesión de Comunicaciones Orales Breves II Session of Oral Brief Presentations II	p. 49
Sesión de Comunicaciones Orales Breves III Session of Oral Brief Presentations III	p. 66
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IV Session of Oral Brief Presentations IV	p. 68
Mesa de Comunicaciones 6: Salud mental Concurrent Session 6: Mental care	p. 79
Sesión de Comunicaciones Orales Breves V Session of Oral brief Presentations V	p. 87
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VI Session of Oral Brief Presentations VI	p. 106
Mesa de Comunicaciones 7: Práctica Clínica Concurrent Session 7: Clinical practice	p. 126
Mesa de Comunicaciones 8: Cuidados a pacientes críticos Concurrent Session 8: Critical care.....	p. 131
Mesa de Comunicaciones 9: Práctica Clínica Concurrent Session 9: Clinical practice	p. 134
Mesa de Comunicaciones 10: Lactacia materna Concurrent Session 10: Breastfeeding.....	p. 144
Mesa de Comunicaciones 11: Práctica Clínica y cuidados oncológicos Concurrent Session 11: Clinical practice and Oncology	p. 150
Mesa de Comunicaciones 12: Práctica Clínica Concurrent Session 12: Clinical practice	p. 156
Mesa de Comunicaciones 13: Enfermería y profesión Concurrent Session 13: Nursing profesion	p. 158
Mesa de Comunicaciones 14: Salud maternal Concurrent Session 14: Mother care	p. 164
Mesa de Comunicaciones 15: Práctica Clínica Concurrent Session 15: Clinical practice	p. 167
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VII Session of Oral Brief Presentations VII	p. 172
Sesión de Comunicaciones Orales Breves VIII Session of Oral Brief Presentations VIII	p. 189
Sesión de Comunicaciones Orales Breves IX Session of Oral Brief Presentations IX	p. 207
POSTER 1.....	p. 219
POSTER 2.....	p. 220
POSTER 4.....	p. 221
POSTER 6.....	p. 223
POSTER 8.....	p. 225
POSTER 10.....	p. 227
POSTER 13.....	p. 229
POSTER 16.....	p. 231
POSTER 22.....	p. 233
POSTER 23.....	p. 236
POSTER 24.....	p. 238
POSTER 25.....	p. 240
POSTER 26.....	p. 242
POSTER 27.....	p. 244
POSTER 29.....	p. 245
POSTER 32.....	p. 246
POSTER 37.....	p. 249
POSTER 38.....	p. 251

POSTER 39.....	p. 253
POSTER 42.....	p. 255
POSTER 45.....	p. 257
POSTER 46.....	p. 258
POSTER 49.....	p. 260
POSTER 52.....	p. 262
POSTER 53.....	p. 263
POSTER 54.....	p. 264
POSTER 55.....	p. 267
POSTER 56.....	p. 269
POSTER 57.....	p. 271
POSTER 61.....	p. 275
POSTER 68.....	p. 278
POSTER 74.....	p. 280
POSTER 76.....	p. 282
POSTER 78.....	p. 284
POSTER 79.....	p. 287
POSTER 81.....	p. 288
POSTER 85.....	p. 290
POSTER 86.....	p. 292
POSTER 87.....	p. 294
POSTER 89.....	p. 296
POSTER 95.....	p. 298
POSTER 98.....	p. 300
POSTER 100.....	p. 302
POSTER 101.....	p. 304
POSTER 102.....	p. 307
POSTER 103.....	p. 309
POSTER 104.....	p. 311
POSTER 105.....	p. 313
POSTER 107.....	p. 315
POSTER 115.....	p. 317
POSTER 118.....	p. 319
POSTER 121.....	p. 321
POSTER 122.....	p. 323
POSTER 123.....	p. 325
POSTER 125.....	p. 327
POSTER 126.....	p. 328
POSTER 130.....	p. 330
POSTER 132.....	p. 331
POSTER 135.....	p. 333
POSTER 137.....	p. 335
POSTER 140.....	p. 337
POSTER 141.....	p. 339

POSTER 143.....	p. 341
POSTER 144.....	p. 343
POSTER 146.....	p. 344
POSTER 148.....	p. 346
POSTER 152.....	p. 348
POSTER 153.....	p. 349
POSTER 154.....	p. 351
POSTER 155.....	p. 353
POSTER 158.....	p. 355
POSTER 159.....	p. 357
POSTER 160.....	p. 358
POSTER 161.....	p. 360
POSTER 162.....	p. 362
POSTER 163.....	p. 364
ÍNDICE / INDEX	p. 365