

BOOK OF ABSTRACTS

LIBRO DE PONENCIAS

2020

PAMPLONA/IRUÑA

9th - 13th NOVEMBER
9-13 NOVIEMBRE



24TH

INTERNATIONAL NURSING RESEARCH CONFERENCE

XXIV ENCUENTRO INTERNACIONAL
DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS



Colaboran:
Collaborate:



Colegio Oficial de
Enfermería de Navarra
Nafarroako Erizainen
Elkargo Ofiziala

Patrocinan:
Sponsor:



ISBN: 978-84-09-26838-2

Edita: Instituto de Salud Carlos III

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). Madrid 2020

¡Márcalo en tu calendario!
Mark in your calendar!



<https://encuentros.isciii.es/encuentro2021/>

Mesa de Comunicaciones 1: Cuidados materno-infantiles

Concurrent Session 1: Mother and child care

AUTORES/AUTHORS:

Irene González Pérez, Erika Padrón Pérez, Nieves Luisa González González, Aythamy González Darias

TÍTULO/TITLE:

Plan de parto: efecto sobre los resultados neonatales

INTRODUCCIÓN:

El Plan de parto es un documento legal en el que la gestante puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre su parto y nacimiento. La evidencia avala que el Plan de parto ofrece un mayor grado de control a las gestantes y puede mejorar la experiencia y los resultados perinatales.

Si bien, no existe evidencia consensuada acerca de los beneficios del documento, pues no siempre garantiza mejores resultados perinatales; bien porque las expectativas de las gestantes no son respetadas, porque suceden emergencias en las que no se reelabora el Plan de Parto, porque se genera un sentimiento de fracaso de las gestantes al no cumplirse sus expectativas o, incluso, por obtenerse peores resultados perinatales al respetar el Plan de parto.

OBJETIVO: Analizar los efectos de la presentación de un Plan de Parto sobre los resultados neonatales.

MÉTODOS:

Diseño del estudio: estudio descriptivo observacional.

- Grupo con Plan de parto: presenta Plan de Parto.
- Grupo sin Plan de parto: no presenta Plan de Parto.

Ámbito de estudio: paritorio y planta postparto del hospital donde se llevó a cabo la investigación (visto bueno de los comités éticos aprobado).

Sujetos de Estudio: gestantes asistidas durante la fase de captación de este estudio (abril 2017 - abril 2019) en el hospital donde se llevó a cabo la investigación, que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron, de manera voluntaria, y previo consentimiento informado, participar en el estudio. Las participantes fueron captadas aleatoriamente tras el parto y asignadas al grupo según presentaron Plan de parto o no.

Tamaño muestral: n= 664; n=350 (Grupo con Plan de parto) y n=314 (Grupo sin Plan de parto).

Variables analizadas: percentil del recién nacido (RN), peso RN, Apgar 1 y 5 minutos, pH umbilical, reanimación neonatal, ingreso en unidad de neonatos y tiempo ingresado en unidad de neonatos.

Recogida de datos: de la historia clínica.

Registro de datos: Excel de Microsoft.

Análisis: SPSS 21.0 de IBM Co

Análisis descriptivo de la muestra (n=664): histogramas y aplicación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Comprobación de normalidad para las variables de escala.

Todas las pruebas de contraste de hipótesis fueron bilaterales estableciéndose como nivel de significación estadística una $p \leq 0.05$.

La significación estadística de las diferencias entre los grupos: prueba X² de Pearson, U de Mann-Whitney o T de student, según tipo y distribución de la variable comparada.

Limitaciones: falta de registro informático de planes de parto en el hospital donde se llevó a cabo la investigación, los diferentes grados de adherencia del personal al Plan de parto y el bajo número de Planes de parto.

RESULTADOS:

El análisis de las variables neonatales entre ambos grupos (percentil, peso del recién nacido, Apgar 1 minuto, Apgar 5 minutos y el pH umbilical) no mostró diferencias significativas ($p=0,920$; $p=0,422$; $p=0,899$; $p=0,715$; $p=0,130$). Los datos obtenidos de la reanimación neonatal, los ingresos en la unidad de neonatos así como los días ingresados en dicha unidad (tiempo ingresado), tampoco revelaron diferencias significativas ($p=0,863$; $p=0,361$; $p=0,866$).

DISCUSIÓN:

No se halló relaciones significativas entre la presentación del Plan de Parto y los resultados neonatales analizados, coincidiendo esto con Deering et al. (2007), Hadar et al. (2012), White-Corey, (2013), Afshar et al. (2016) y Davis et al. (2019), que defienden que el Plan de Parto no tiene efecto alguno en los resultados perinatales. Si bien, la falta de actualización continuada del personal sanitario,

la variabilidad en la práctica clínica de los profesionales, las prácticas intervencionistas muy arraigadas o la falta de autonomía de la matrona en la asistencia al parto fisiológico son algunos de los motivos que obstaculizan el cumplimiento del Plan de parto en España.

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) y la OMS (2018) recomiendan el uso del Plan de Parto para una experiencia de parto positiva.

Se necesitan más investigaciones que analicen la relación entre el cumplimiento del Plan de Parto y los resultados perinatales en nuestro país.

Se recomienda adoptar medidas para respetar las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal (MSYC, 2007) y la OMS (2018), con el objetivo de humanizar los cuidados, mejorar la experiencia de parto de las mujeres y evitar la variabilidad en la práctica clínica.

CONCLUSIÓN:

No se ha demostrado la existencia de relaciones significativas entre la presentación del Plan de Parto y los resultados neonatales analizados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Afshar, Y., Wang, E., Mei, J., Pisarska, M. y Gregory, K. (2016). "Higher odds of vaginal deliveries in women who have attended childbirth education class or have a birth plan". *AJOG (American Journal of Obstetrics and Gynecology)*. 214 (1), Suplemento, pp. S162.

Davis, B., Clark, S., Mcdonald, K., Young, T. y Swaim, L. (2019). "The impact of a birth plan on maternal and neonatal delivery outcomes". *AJOG (American Journal of Obstetrics and Gynecology)*, 220(1) Suplemento, pp.S217-S217.

Deering, S.H., Zaret, J., McGaha, K., y Satin, A. J. (2007). "Patients presenting with birth plans: A case-control study of delivery outcomes". *The Journal of Reproductive Medicine*, 52 (10), pp. 884-887.

Hadar, E., Raban, O., Gal, B., Yogev, Y., y Melamed, N. (2012). "Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan". *Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine*, 25 (10), pp. 2055-7.

Ministerio de Sanidad y Consumo [MSYC] (2007). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, Monografía de Internet, Madrid. Disponible en: www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pf/excencia/atenciónParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf. [Consulta: 08 feb 2017].
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [MSPSI] (2007). Plan de parto y nacimiento, Monografía de Internet, Madrid. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf> [Consulta: 18 feb 2017].

White-Corey, S. (2013). "Birth Plans: Tickets to the OR?". *MCN American Journal of Maternal and Child Nursing*, 38 (5), pp. 268-273.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018): Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, Monografía de Internet, Ginebra, Suiza. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1> [Consulta: 12 feb 2018].

AUTORES/AUTHORS:

M^a Teresa Roldán Chicano, Cecilia Triviño Hidalgo, M^a Guadalupe Sevilla Hernández, Ana Belén Moreo Hernández, M^a Dolores Meroño Rivera, José Martín Rodríguez, M^a Antonia García López, José María Martínez Mateo, Ramón Bel Cegarra

TÍTULO/TITLE:

MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO. ANÁLISIS PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA BPSO “VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR”.

Objetivos

Analizar el tipo de anestesia y medidas de alivio del dolor utilizadas durante el parto en el Hospital General Universitario de Cartagena (HGUSL) del Área II, Servicio Murciano de Salud).

Métodos

Diseño descriptivo transversal en el que se analizan el tipo de anestesia y las medidas de alivio del dolor en los registros de parto del HGUSL entre los años 2015 y 2019.

En el análisis estadístico, realizado con el programa SPSS v.24, se realizó un análisis descriptivo, y de la normalidad de las variables cuantitativas a través de la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Para determinar la asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de X² de Pearson. La asociación entre variables cuantitativas no normales y las variables cualitativas policotómicas se hizo a través de la prueba de Kruskal-Wallis, usando la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples.

Se utilizó un nivel de significación alfa=0,05.

Resultados

Se analizó una muestra de 10.909 registros de parto (formularios “hoja de paritorio” y “hoja de paritorio ampliada”). La edad media de la muestra fue de 33,4 años.

Un 16,5% de las mujeres dio a luz sin ningún tipo de anestesia, en el resto de parturientas se maneja el dolor a través de los siguientes métodos: epidural 61%, anestesia local 11%, raquídea 10,5%, anestesia general 1%. De forma adicional se utilizaron las siguientes medidas de alivio del dolor: óxido nitroso 0,5%, sedación 0,1% y masaje 0,009%.

La edad tuvo una distribución no normal y sólo se relacionó de forma estadísticamente significativa con la anestesia raquídea, que fue utilizada en mujeres con una media de edad mayor, 35 años, $p=0,01$.

El tipo de anestesia utilizada se relacionó estadísticamente con la nacionalidad. Las mujeres españolas, en su mayoría, optaron por la anestesia epidural (70,2%), mientras que la mayor parte de mujeres marroquíes dieron a luz sin ningún tipo de anestesia (34,6%), $p<0,01$.

El uso de epidural también se relacionó de forma significativa con la práctica de la episiotomía. Al 84,1% de las mujeres con episiotomía se les había puesto anestesia epidural frente a un 2,6% a las que se les tuvo que practicar una episiotomía y que dieron a luz sin ningún tipo de anestesia, $p<0,01$.

Según los registros, a un importante porcentaje de mujeres a las que se les puso la epidural hizo falta practicarles una episiotomía, 84,1%, mientras que sólo hizo falta practicar episiotomía a un 2,6% de las mujeres que dieron a luz sin ningún tipo de anestesia, $p<0,01$.

Discusión

El Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena es candidato a Centro Comprometido con la Excelencia en el programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO), y durante los próximos meses deberá implantar la guía “Valoración y Manejo del dolor” en Obstetricia.

Los datos analizados son relevantes porque utilizan una muestra amplia, ofrecen información útil para implantación de la guía y permiten identificar varias áreas de mejora.

El análisis realizado muestra diferentes formas del manejo del dolor durante el proceso de parto en función de la nacionalidad, de forma que el mayor porcentaje de mujeres que dio a luz sin anestesia fue el de mujeres marroquíes. Walsh et al., en un estudio realizado en Irlanda comprobaron que las mujeres irlandesas tenían más probabilidades de recibir analgesia epidural durante el parto en comparación con las mujeres de Europa del Este (1). David et. al, (2) en un estudio prospectivo en Alemania no detectaron diferencias en el uso de la epidural entre las mujeres alemanas y mujeres de origen turco Sin embargo, sí detectaron una diferencia en comparación con las mujeres con un conocimiento muy limitado o nulo del alemán. Los datos de David et al se alinean con los obtenidos en Austria por Oberaigner et al. ,que detectaron que las tasas de analgesia epidural aumentaron cuando las mujeres inmigrantes se habían quedado más tiempo en Austria y mejorado su alemán (3). La barrera idiomática al proporcionar información sobre las opciones disponibles para la anestesia durante el parto, debe considerarse como una posible causa de las tasas más bajas en el uso de epidural en las mujeres inmigrantes (2).

La mayoría de los métodos no farmacológicos para el tratamiento del dolor no son invasivos y parecen ser seguros para la madre y el recién nacido; sin embargo sólo existe alguna evidencia (ensayos individuales) que sugieren que la inmersión en agua, la relajación, la acupuntura, el masaje y los bloqueos nerviosos anestésicos locales o los medicamentos no opioides pueden mejorar el manejo del dolor del parto, con pocos efectos adversos. Hay más evidencia para apoyar la eficacia de los métodos farmacológicos, pero estos tienen más efectos adversos, por ejemplo la analgesia epidural proporciona un alivio efectivo del dolor, pero a costa de un mayor número de instrumentalizaciones en el parto (4) y de episiotomías(5). El análisis de los datos realizado muestra la necesidad de fomentar la oferta de medidas de alivio del dolor adicionales a los métodos de anestesia y de prevenir las consecuencias de algunos de los métodos de anestesia más utilizados durante el parto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.-Walsh J, Mahony R, Armstrong F. et al.Ethnic variation between white European women in labour outcomes in a setting in which the management of labour is standardised – a healthy migrant effect? BJOG. 2011;118:713–718.
- 2.-David M, Borde T, Brenne S, Ramsauer B, Henrich W, Breckenkamp J, Razum O. Comparison of Perinatal Data of Immigrant Women of Turkish Origin and German Women - Results of a Prospective Study in Berlin. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2014 May;74(5):441-448. doi: 10.1055/s-0034-1368489. PMID: 25089056; PMCID: PMC4078217.
- 3.-Oberaigner W, Leitner H, Oberaigner K. et al.Migrants and obstetrics in Austria – applying a new questionnaire shows differences in obstetric care and outcome. Wien Klin Wochenschr. 2013;125:34–40.
- 4.-Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Mar 14;2012(3):CD009234. doi: 10.1002/14651858.CD009234.pub2. PMID: 22419342; PMCID: PMC7132546.
- 5.-Garcia-Lausin L, Perez-Botella M, Duran X, Rodríguez-Pradera S, Gutierrez-Martí MJ, Escuriet R. Relation between Epidural Analgesia and severe perineal laceration in childbearing women in Catalonia. Midwifery. 2019 Mar;70:76-83. doi: 10.1016/j.midw.2018.12.007. Epub 2018 Dec 13. PMID: 30594059.

AUTORES/AUTHORS:

Marina Angusto Satué, Judith Roca Llobet, Ana Mari Fité Serra

TÍTULO/TITLE:

¿Se puede prevenir el desgarro y la episiotomía mediante el Epi-No® y el Masaje Perineal?

1. Pregunta de revisión:

¿Qué efecto tiene el uso del masaje perineal y el Epi-No®, en la prevención de la episiotomía o desgarro y la integridad de la zona perineal? Esta revisión, describe dos técnicas que pueden favorecer la integridad de la zona perineal de la madre, durante el trabajo del parto.

2. Objetivos generales y específicos:

- a) Conocer la relación de la efectividad del masaje perineal y del Epi-No®, en relación al trauma perineal.
- b) Conocer los beneficios del masaje perineal.
- c) Conocer los beneficios del Epi-No®.
- d) Describir la relación entre la incidencia de desgarros, episiotomías y perineo intacto con el uso del masaje perineal y Epi-No®.

3. Criterios de inclusión:

- a) La temporalidad: se admiten artículos de los últimos diez años.
- b) El idioma: catalán, castellano, inglés, francés y portugués.
- c) Accesibilidad: descargas gratuitas o acceso permitido mediante el Proxys de la Universidad de Lleida (UdL).
- d) Tipos de estudio: Ensayos controlados aleatorios, revisiones sistemáticas y estudios observacionales.

4. Plan y estrategia de búsqueda:

Se obtienen los descriptores DeCS y MeSH (Epi-no, episiotomía, masaje perineal y suelo pélvico), posteriormente se realizan estrategias de búsqueda en las bases de datos científicas Pubmed, ScienceDirect y Cuiden.

5. Métodos para seleccionar los estudios y evaluación de calidad.

Los estudios se seleccionan si muestran un título de interés y posteriormente si estos muestran un Abstract de interés, el resto, se rechazan. Además mediante la herramienta Mendeley, se eliminan los artículos duplicados.

Se encuentran un total de ochenta y dos estudios en las bases de datos, pero se descartan un total de setenta artículos. En total, participan un total de doce artículos.

La evaluación de calidad se realiza mediante la herramienta CASPe, que evalúa de forma crítica los diferentes tipos de estudios. Se analizan mediante unas tablas exclusivas para cada tipo de estudio. Se establece una puntuación mínima de siete para cumplir criterios de calidad.

6. Resultados:

El masaje perineal disminuye un 60% la dispareunía en el post parto, y su uso mantiene entre el 15-24% un perineo intacto. En el caso de no realizarlo, existe una incidencia del 92% de que se realice una episiotomía. Mientras que el Epi-No® mantiene un perineo intacto del 27.3%.

Ambas técnicas reducen la incidencia del dolor post parto, por lo tanto, se reduce la incidencia en el uso de analgesia.

7. Conclusiones:

El masaje perineal reduce la tasa de desgarros y episiotomías, ya que aporta a la zona perineal, un aumento de elasticidad que previene su traumatismo. La diferencia de las mujeres que utilizaron el Epi-no® y las que no, no es significativa para evaluar su utilidad y efectividad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Sisay A. Abdominal Ectopic Pregnancy Case. *Reprod Syst Sex Disord*. 2012;04(04):134–45.
- 2.Da Silva FMB, de Oliveira SMJV, e Silva LM, Tuesta EF. Prácticas para estimular el parto normal. *Index Enferm*. 2011 Jul;20(3):169–73.
- 3.De G, Clínica En P, Sns EL. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal Versión resumida ministerio de ciencia de sanidad e innovación y política social. 2010.
- 4.Carvajal J, Costanza R. *Manual de Obstetricia y Ginecología* . 2018. 638 p.
- 5.Naveiro Fuentes M. Clases de Residentes 2010 La mujer en la fase activa del parto. 2010 Dec.
- 6.Carvajal Cabrera JRTC. *Manual de Obstetricia y Ginecología IX Edición* 2018. 2019. 638 p.
- 7.Sanchez Casal M. Episiotomía vs Desgarro. 2012.
- 8.Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 9.Carlos Melchor J, Luis Bartha J, Bellart J. La episiotomía en España. Datos del año 2006. *Progresos en Obstet y Ginecol*. 2008 Sep 1;51(9):559–63.
- 10.Curran R, Loane M, Greenless R. *European Perinatal Health Report Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. 2010.
- 11.Dieb AS, Shoab AY, Nabil H, Gabr A, Abdallah AA, Shaban MM. Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2020 Mar 1;31(3):613–9. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30941442>
- 12.Kamisan Atan I, Shek KL, Langer S, Guzman Rojas R, Caudwell-Hall J, Daly JO, et al. Does the Epi-No® birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial [Internet]. Vol. 123, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Blackwell Publishing Ltd; 2016. p. 995–1003. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26924418>
- 13.Zanetti M, Petricelli C, Alexandre S. Determination of a cutoff value for pelvic floor distensibility using the Epi-no balloon to predict perineal integrity in vaginal delivery: ROC curve analysis. Prospective observational single cohort study. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2016 Mar 1;134(2):97–102. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25789777>

Mesa de Comunicaciones 2: Promoción de la Salud

Concurrent Session 2: Health Promotion

AUTORES/AUTHORS:

Inmaculada Lancharro-Tavero, Juana Macías-Seda, Eugenia Gil-García

TÍTULO/TITLE:

Cuidados y necesidades de las enfermeras en la violencia de género desde la atención primaria de la salud

Objetivo. Conocer los cuidados y necesidades de las enfermeras desde la atención primaria dirigidos a las mujeres que presentan violencia de género.

Métodos. Estudio cualitativo con diseño fenomenológico, se desarrolló entre marzo y noviembre de 2017. Obtuvimos informe favorable del Portal de Ética de Investigación Biomédica de Andalucía.

Se llevó a cabo muestreo intencional estableciéndose como criterios el sexo y la antigüedad laboral (corte 10 años). La identificación de informantes se realizó desde la Dirección de Cuidados del Distrito Sanitario de Sevilla y Aljarafe-Sierra Norte. Los contactos fueron por correo electrónico y vía telefónica. La muestra quedó conformada por 37 participantes, 26 fueron entrevistadas y 11 participaron en 2 grupos de discusión, de 18 centros de salud, 5 en Sevilla y 13 en la provincia. La edad oscilaba entre 36 y 62 años, el 59% fueron mujeres y el 43% tenía otros estudios universitarios.

En la primera fase se realizaron 2 grupos de discusión, constituidos por profesionales de diferentes centros de salud. En la segunda fase se realizaron 26 entrevistas a informantes clave. En los 2 grupos de discusión, de 6 y 5 informantes, y en las entrevistas participó la investigadora principal en el desarrollo y tomando notas de campo. Se completaron en un solo momento. Fueron grabadas y transcritas, previo consentimiento informado y garantía de confidencialidad. En ambos casos se creó un guion previo y duraron 60 y 90 minutos respectivamente.

Se llevó a cabo un análisis de contenido de las transcripciones por fases. En la primera fase se dio la aparición de temas, la segunda fase fue el desarrollo de categorías emergentes y contraste y en la tercera, transformamos las categorías en tesis¹. El proceso de categorización se realizó con el software NVivo 12®. Las investigadoras partieron de una codificación inicial, realizaron una lectura reiterada de las transcripciones en el proceso de triangulación y redactaron los resultados que fueron devueltos para contraste, recibiendo conformidad. La veracidad del estudio contempló la credibilidad, dada la transparencia, la transferencia porque puede aplicarse a contextos similares y la confirmabilidad debido a triangulación¹.

Resultados. Del análisis de las declaraciones fueron identificadas once estrategias de cuidados y ocho áreas de mejora.

Estrategias de cuidados. Se realizan con las mujeres tanto si existe o no reconocimiento de la situación, como si hay peligro extremo. Entre ellas:

Apoyo emocional. Es la estrategia más empleada y consiste en ofrecer espacios que permitan el desahogo. Estos espacios pueden darse en la consulta de enfermería o ser espacios en el domicilio dadas las circunstancias. “Una vez que tú, has logrado, que ella se abra y hable, pues entonces tú ya, tienes que tranquilizarla, relajarla y decirle que, cuenta con tu ayuda, que tú le vas a ayudar en todo lo que pueda y bueno con total confidencialidad” Carmen (M, 60 años).

Habilidades de la comunicación. Estas herramientas empleadas por los enfermeros y enfermeras son múltiples y diversas y resaltan su buen hacer en la atención ofrecida. “Y luego hay técnicas en la entrevista, como: “¿veo que hay algo que te preocupa, quieres hablar del tema?” No es forzarle a decir nada, pero es dejarle la puerta abierta” Mónica (M, 53 años).

Estar disponible y/o estar alerta. Enfermeras y enfermeros se muestran disponibles a las mujeres en la consulta o vía telefónica. Además, encontramos acciones que realizan las mujeres y que alertan a los profesionales. “Si tú vas con las gafas puestas de verlo lo vas a ver, cuando una persona que tiene el electro bien, no sabe dónde poner el bolso, no sabe cómo desnudarse, está ansiosa, agobiada, y tú le dices “mira, tranquilízate, que así vas a tener la tensión alta, vamos a ver”, y empiezan las lágrimas a aflorar, pues ya sabes que hay algo” Luz (M, 53 años).

Derivar. Consiste en poner en conocimiento de otros miembros del equipo y/o de los recursos comunitarios. “Si conseguimos que, por fin, a lo mejor no en la primera visita, en visitas sucesivas, que por fin nos diga lo que le está pasando, pues ya pondríamos en marcha. Según la gravedad del asunto, a la trabajadora social” Pedro (H, 46 años).

Informar. Se trata de hacer reflexionar a las mujeres sobre su situación, en el caso de que no reconozcan los malos tratos. Para las mujeres que sí los reconocen la estrategia de informar consiste en ofrecer asesoría de los recursos para abandonar la relación.

“Apoyarle emocionalmente, darle consejo de que guarden toda su documentación, que se hagan con su dinerito para que si tienen

que salir tengan recursos por donde salir" Maribel (M, 56 años).

Empoderar. Consiste en reforzar la autoestima a través de estrategias que contribuyan al entendimiento de la situación y al refuerzo positivo cuando las mujeres comienzan a trabajar y conseguir logros. "Se le sube la autoestima, todo en positivo, lo bueno que hace, el pasito que dé, eso se engrandece lo más grande, eso se eleva, lo estás haciendo muy bien" Begoña (M, 48 años).

Seguimiento. Es una práctica que se emplea que para mantener el contacto con las mujeres. El seguimiento puede hacerse en consulta, a través de visita domiciliaria o telefónico. "Le dejas tu teléfono por si necesita algún seguimiento, tú de vez en cuando lo llamas si en eso has quedado. Y tener siempre la puerta abierta por si quiere venir, y si hay alguna cosa más que hacer, con los niños, por ejemplo" María (M, 51 años).

Consultar-registrar en la historia clínica. Clave cuando las mujeres aún no reconocen los malos tratos y siendo importante la anotación de los indicadores de sospecha de malos tratos, así como la consulta de información relevante registrada por otros profesionales. Además, también se trata de anotar en la historia clínica la confirmación de malos tratos llegado el caso. "Y después, a mí siempre me gusta hacer un registro en su historia de salud, donde digo: sospecha de... se intenta entrevista... Para que se quede reflejado" Montserrat (M, 47 años).

Captación. Consiste en propiciar situaciones deliberadas para atender a solas a las mujeres y conseguir un acercamiento a los espacios sanitarios e iniciar la atención. "Además, son mujeres que te dan, dos pasos para adelante y uno para atrás. Entonces tienes que captarlas, y tienes que volver y trabajar con ellas, y volver a llamarlas" Carmen (M, 60 años).

Identificar apoyos. Se trata de explorar las redes de apoyo socio familiares para poder abandonar la situación. "Entonces, rápidamente, pues yo, se lo conté al médico, la recibimos, tratamos, a la familia, qué pasa, cómo podemos mejorar esto, porque esto no es normal" Manuela (M, 43 años).

Favorecer la intimidad. Se convierte en un cuidado únicamente desarrollado por las enfermeras, siendo importante la confidencialidad para favorecer el desahogo emocional. "Había una persona, que concretamente solía venir acompañada por el marido y entonces nos las teníamos que ingeniar para sacar el marido de la consulta y hablar con ella tranquilamente" Maribel (M, 56 años).

Necesidades de mejora. Se identifican áreas de mejora para los cuidados a las mujeres con violencia de género. Entre ellas:

Cambio cultural. Refleja la importancia del cambio cultural requerido para integrar la violencia de género como problema de salud. "Este es un problema que las soluciones no deben ser urgentes ni prioritarias, sino que deben ser educativas, desde la escuela, desde la familia. Mientras que no aprendamos a comportarnos como personas, esto va a seguir existiendo" Pedro (H, 46 años).

Formación-información. Consiste en formación continuada en materia de violencia de género y más información a las mujeres sobre los recursos disponibles a su alcance para abandonar la relación. "Y también a veces nos falta recursos a nivel psicológico,... ahí si podemos pedir más formación, porque entrar en el mundo de la mente y psicológicamente intentar cambiar y que la mujer vea las cosas de otra forma, a nosotros nos cuesta más" Alicia (M, 37 años).

Consulta de referencia-persona referente. Refleja la importancia de la creación de un espacio físico, además de la figura de una persona referente en los centros. "Yo pienso que debería de haber un referente con esa sensibilidad, y que todos sepamos que es referente esa persona, para que la comunicación sea más fácil" Juan Luis (H, 46 años).

Trabajo multidisciplinar. Consiste en mayor intervención por parte de equipos y una mayor coordinación de los diferentes actores para mejorar la atención y favorecer la supervivencia. "Propondría es un nuevo programa revisado por profesionales de salud y varios ámbitos como policial, judicial, etcétera, social, instituto de mujer. Yo quiero tener un cartelito que diga: primero tal, segundo tal, hasta dónde llega mi función y a quién se deriva" Mónica (M, 53 años).

Reforzamiento de las medidas económicas y legales. Son discursos que sostienen que para mejorar la atención se deben reforzar las medidas legales, económicas y todos los servicios necesarios para dar cobertura. "Por parte de los servicios sociales y policía, yo creo que debería de intensificarse la vigilancia, ante casos que son reincidentes. Que muchas veces se les pone orden de alejamiento, pero otras veces no son tan efectivos" Juan (H, 44 años).

Mejora en las infraestructuras. Se recogen discursos que aluden que esta mejora favorece la intimidad de las mujeres. “Todo lo que tiene que ver con la protección de datos, la confidencialidad,... no existe y es muy difícil hacerlo, es imposible... hay poco espacio” Fernando (H, 61 años)

Consejos de salud. Son enunciados que apuestan por la importancia de la creación en las comunidades de espacios compartidos, donde el sector salud tenga su papel. “La propuesta que le he hecho es ver a todos los activos que tenemos en el pueblo, las actividades educativas, si hay escuela de adultos, todo lo que hay, vamos a hacer un catálogo” Luz (M, 53 años).

Enfermera escolar. Son demandas realizadas para mejorar la prevención que disminuya la incidencia. “Importante la figura del enfermero escolar porque si vamos a los adolescentes ya llegamos tarde. Educación en los colegios, no solamente hay que enseñar a un niño de tres años a lavarse las manos y a comer fruta. Es que el respeto, la igualdad, la sexualidad, todo esto, también” Juan José (H, 45 años).

Discusión.

El apoyo emocional es clave durante el proceso². Educar a las pacientes se convierte en tarea crucial³. Es necesario crear un ambiente privado y seguro en la atención³, así como identificar las redes de apoyo, ya que se le impone a la mujer un aislamiento familiar y social⁴. Es importante el trabajo con las mujeres emitiendo una respuesta continua y trabajando el empoderamiento⁵. Para ello, se ofrece escucha activa y actitud empática⁶. La detección de signos y la acogida de la mujer es necesaria². Una vez se detecta, la derivación se presenta como estrategia para ayudar a las mujeres⁶. Es importante el seguimiento, también con visita domiciliaria, que garantice la continuidad⁷.

El fomento de la educación y entrenamiento para la identificación de la violencia de género es necesario, así como la capacitación a profesionales motivados, de tal manera que lideren al equipo⁸. Las características de las instalaciones y las infraestructuras suponen una barrera que dificulta la detección de los casos³. Es importante la colaboración con la comunidad, así como la creación de consejos de salud⁹. Y finalmente, la enfermera escolar con actividades de prevención, puede proporcionar información de fácil acceso al alumnado en materia de violencia de género¹⁰.

Implicaciones para la práctica. Se evidencia la sensibilidad a la violencia de género y se requiere investigación adicional para ver la efectividad de las intervenciones y evaluar la rentabilidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 Vaismoradi M, Jones J, Turunen H, Snelgrove S. Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis. *Journal Nursing Education Practice*. 2016;5(16):100-110. <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n5p100>
- 2 Pérez García C, Manzano Felipe MA. La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. *Cultura de Los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*. 2014;40:107–115.
- 3 Williams JR, Halstead V, Salani D, Koerner N. Intimate Partner Violence Screening and Response: Policies and Procedures Across Health Care Facilities. *Women's Health Issues*. 2016;26(4):377–383. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.03.006>
- 4 Carneiro JB, Gomes NP, Campos LM, da Silva AF, da Cunha KS, da Costa DMDS. Understanding marital violence: A study in grounded theory. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2019;27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3116.3185>
- 5 García-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *The Lancet*. 2014;385(9977):1567–1579. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7)
- 6 Visentin F, Vieira LB, Trevisan I, Lorenzini E, da Silva EF. Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2015;33(3):556–564. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a20>
- 7 Goicolea I, Mosquera P, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, García-Quinto M, Vives-Cases C. Atributos de atención primaria y respuestas a la violencia de compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*. 2017;31(3):187–193. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.012>

- 8 Colombini M, Dockerty C, Mayhew SH. Barriers and Facilitators to Integrating Health Service Responses to Intimate Partner Violence in Low- and Middle-Income Countries: A Comparative Health Systems and Service Analysis. *Studies in Family Planning*. 2017;48(2):179–200. <https://doi.org/10.1111/sifp.12021>
- 9 Shavers CA. Partner Violence Primary Care. *The Nurse Practitioner*. 2013;38(12), 39–46.
- 10 Khubchandani J, Telljohann SK, Price JH, Dake JA, Hendershot C. Providing Assistance to the Victims of Adolescent Dating Violence: A National Assessment of School Nurses' Practices. *Journal of School Health*. 2013;83(2):127–136. <https://doi.org/10.1111/josh.12008>

AUTORES/AUTHORS:

BEATRIZ BLANCO GONZÁLEZ, NATALIA ARIAS RAMOS, ELENA ANDINA DÍAZ, MARÍA GONZÁLEZ GALLEGU, MARÍA JOSÉ RAMOS CARBAJO, HENAR BONILLO DE LAMO, ROGELIO ROJAS CASTELLANOS, ROSARIO LÓPEZ PÉREZ, MARIA CRISTINA BERNEDO GARCÍA

TÍTULO/TITLE:

Fomento de hábitos saludables en población infantil: la Arteterapia como estrategia para lograrlo.

La humanización de los espacios físicos sanitarios supone eliminar multitud de estructuras hostiles, convirtiéndolos en espacios más confortables y agradables. La Arteterapia puede ser uno de los componentes que puede ayudar a humanizar los cuidados. Siguiendo esta misma línea, en el año 2017 se elaboraron murales educativos relativos a los buenos hábitos saludables en las paredes de la sala de espera del Centro de Salud de Ponferrada II. El objetivo de los murales era informar tanto a padres o cuidadores como a niños, en materia de buenos hábitos de salud, buscando la concienciación y también la adquisición de habilidades en el ámbito familiar y comunitario.

Objetivo. Describir la opinión y el impacto que ha tenido en padres/cuidadores de niños/as usuarios del Sistema de Salud, las actividades llevadas a cabo en la sala de espera de Pediatría del CS Ponferrada II (Murales educativos).

Metodología. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo descriptivo transversal, mediante cuestionario ad hoc durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2019 y enero 2020. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética. La muestra fue seleccionada mediante muestreo intencional no probabilístico. Como criterios de inclusión se consideró que podrían participar de este estudio padres/cuidadores de niños de entre dos y 12 años de edad que acudieron a centro de salud (revisión del niño sano/atención del niño enfermo) que tuvieron predisposición para cubrir la encuesta. Los participantes que no quisieron firmar el consentimiento informado, o bien que mostraron o manifestaron un defecto visual que le impedían ver los murales fueron excluidos de la muestra. Dicha muestra estuvo compuesta por 183 individuos.

Resultados. El 80.3% de la muestra fueron mujeres. Le edad media del total fue de 39.8 ± 8.6 años, siendo el 47.5% individuos del grupo de 41 a 50 años. La media de hijos de la muestra fue de 1.67 ± 0.66 . Un 75.4% de los encuestados están totalmente de acuerdo con el diseño de los murales, un 67,2% reflejan su aceptación en el diseño de las letras, un 73,2% con las imágenes y un 74,9% con su tamaño. Un 74.9% de los encuestados comprenden la información proporcionada. También a un 95,7% el diseño les ha causado alguna sensación de cualquier tipo y han motivado su interés por el tema de los hábitos saludables. El mural "Moviéndose se crece más sano", ha resultado ser el mural que más les ha gustado (48.6%). Sin embargo, el mural "Come de todo y variado" es el mural con el que se sienten más identificados (50.8%) y el que elegirían como representante de una campaña de hábitos saludables (46.7%).

Discusión. Otros hospitales y centros sanitarios han utilizado el arte con el objetivo de humanizar cuidados. Proyectos realizados en el Hospital Niño Jesús de Madrid, en el Hospital central de Asturias y en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, al igual que el "Proyecto Curarte I+D" llevado a cabo en el Hospital Universitario de Salamanca y en el CS del municipio de Cabrerizos (Salamanca), demuestran como el arte ha sido estudiado en otras ocasiones para humanizar los cuidados.

Conclusiones. La exposición de los murales en el Centro de Salud Ponferrada II ha tenido un buen impacto y ha sido valorado positivamente por los encuestados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ajejas, M. J., Soto, S., del Carmen, M., Vázquez, A., Díaz, M. L. y Domínguez, S. (2018). Factores asociados al sobrepeso y la obesidad infantil en España, según la última encuesta nacional de salud (2011). *Escola Anna Nery*, 22(2).

- An, R., Shen, J., Yang, Q., & Yang, Y. (2019). Impact of built environment on physical activity and obesity among children and adolescents in China: A narrative systematic review. *Journal of Sport and Health Science*, 8, 153-169. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2018.11.003>
- An, R., Xiang, X., Xu, N. & Shen, J. (2020). Influence of Grandparental Child Care on Childhood Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Childhood Obesity*, 16(3), 141-153. <https://doi.org/10.1089/chi.2019.0246>
- Arias, N., Calvo, M. D., Benítez-Andrades, J. A., Álvarez, M. J., Alonso-Cortés, B. & Benavides, C. (2018). Socioeconomic Status in Adolescents: A Study of Its Relationship with Overweight and Obesity and Influence on Social Network Configuration. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15(9), 2014. <https://doi.org/10.3390/ijerph15092014>
- De la Torre, M. L., Abubacrin, A., Castillo, R. A. y Castillo, R. L. (2017). Los padres de los niños obesos, ¿necesitan gafas? *Rev Pediatr Aten Primaria*, 19, 43-47.
- Fernández, S. D., de Valderrama, B. V. F., Ortega, R. M. M., Laín, S. A., Blanco, C. R., y Soria, D. J. V. (2019). Familias+ Activas: Enfermería Familiar y Comunitaria ante el reto de la atención a la Obesidad Infantil en Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria*, 7(3), 28-40.
- García, K. (2018). Influence of psychological and familial factors on the maintenance of childhood obesity. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9(2), 221-237. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.2.503>
- Martil, D., Calderón, S., Carmona, A. y Brito, P. (2019). Efectividad de una intervención enfermera comunitaria en el ámbito escolar para la mejora de hábitos alimentarios, de actividad física y de sueño-descanso. *Revista ENE de Enfermería*, 13(2). <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/985>
- Mistretta, A., Marventano, S., Antoci, M., Cagnetti, A., Giogianni, G., Nolfo, F., Rametta, S., Pecora, G. & Marranzano, M. (2016). Mediterranean diet adherence and body composition among Southern Italian adolescents. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11(2), 215-226.
- Pulgarón, E. R. (2013). Childhood Obesity: A Review of Increased Risk for Physical and Psychological Comorbidities. *Clin Ther*, 35(1), 18-32.

AUTORES/AUTHORS:

María Gloria Villarejo-Rodríguez, Beatriz Rodríguez-Martín

TÍTULO/TITLE:

Factores que influyen en el manejo de los padres ante la fiebre en niños de 0 a 12 años

1 Introducción

Los padres tienden a considerar la fiebre como una enfermedad en sí misma, en vez de un síntoma o signo de enfermedad (1). Aunque la fiebre suele ser un mecanismo de defensa natural, es habitual que los padres manifiesten ansiedad ante el control de la fiebre de sus hijos. Este temor de los padres, denominado por Schmitt como “feverphobia” o fobia a la fiebre, incluye el conjunto de preocupaciones poco realistas sobre las repercusiones de la fiebre en niños (2). Sabemos que el nivel educativo, y en concreto la formación sanitaria, influye en las percepciones sobre el proceso de salud-enfermedad (3).

Estudios previos que han analizado el abordaje de los padres de la fiebre infantil muestran el temor de los padres a sus efectos secundarios por ejemplo convulsiones febriles, daño cerebral o incluso la muerte del niño (4); su desconocimiento sobre el manejo de la fiebre (1); su tendencia a demandar antibióticos como tratamiento de la fiebre (5) y la asociación entre la fiebre alta y la gravedad de la enfermedad (6). Factores que justifican el corto período de tiempo entre el inicio del episodio febril y la búsqueda de consulta médica, lo que dificulta diagnosticar el origen de la fiebre.

El objetivo de este estudio fue conocer la influencia del conocimiento en salud de los padres y otros factores en el abordaje de los padres de la fiebre infantil.

2 Método

Estudio cualitativo basado en la Teoría Fundamentada (7), se eligió este método por permitir obtener una explicación teórica de los factores que determinan el manejo de los padres de la fiebre infantil en su contexto natural.

Para seleccionar la muestra se utilizó un muestreo triangulado. Primero elegimos un muestreo teórico, guiado por el método de comparación constante (8), que incluyó a padres de nacionalidad española con hijos entre los 0 y 12 años atendidos en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria de los Centros de Salud de Bargas y de Buenavista (zona rural y urbana de la provincia de Toledo) por fiebre del 1 noviembre de 2016 al 31 octubre de 2017. Fueron excluidos del estudio aquellos padres de niños con antecedentes respiratorios de asma, neumonía o bronquiolitis. Además, utilizamos un muestreo de bola de nieve para seleccionar a padres de niños que fueran profesionales sanitarios activos o inactivos del sistema público de salud o privado y que cumplieran los criterios de inclusión. El muestreo continuó hasta alcanzar saturación de datos, momento en el que seguir ampliando la muestra proporcionaba información repetitiva (8).

Como técnica de recogida de datos utilizamos los grupos focales (GFs). Cada grupo contó con un máximo de diez participantes (siendo la mitad de ellos padres primerizos), tuvo una duración media de 50 minutos y fue grabado en audio tras el consentimiento escrito de los participantes. Los GFs fueron conducidos por un moderador y monitorizados por un observador.

La muestra fue segmentada en padres con y sin formación sanitaria, por ámbito de residencia (zona rural y urbana) y por género, dada su posible influencia como elemento inhibitorio reportado en estudios previos (9).

El material grabado fue transcrito literalmente línea por línea con el software F4 y anonimizado. Se devolvieron las transcripciones a los participantes por correo electrónico para su corroboración.

Dos investigadores realizaron independientemente el análisis de los datos consensuando posteriormente los resultados y recurriendo a un tercer investigador en caso de desacuerdo. Durante este proceso se identificaron los temas, códigos y categorías. Se realizó el proceso de codificación abierta, axial y selectiva apoyado por el software Atlas.ti 7.0.

El estudio siguió los criterios incluidos en Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) (10), además se garantizó el rigor del estudio por medio de las técnicas de verificación de Morse (11).

Este estudio contó con la aprobación del Comité Ética de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario de Toledo (nº 29/02/2016).

3 Resultados

Se realizaron ocho GFs (57 participantes), tras los cuales se obtuvo la saturación de los datos. Del análisis de los datos se extrajeron los factores determinantes para el manejo de los episodios febriles que fueron agrupados en torno a seis categorías principales:

-Formación en salud de los padres. Los participantes utilizaron antibióticos con prescripción médica para resolver episodios febriles, aunque los padres sanitarios manifestaron cierta reticencia a su administración. Los padres sanitarios manifestaron administrar antipiréticos (ibuprofeno y paracetamol) únicamente cuando el niño presentó fiebre alta, mientras que entre padres sin dicha formación observamos una tendencia a utilizarlos también para tratar la febrícula por el miedo que reconocieron a las complicaciones de la fiebre (convulsiones, daños cerebrales) o cuando el niño tenía malestar, dolor, estaba “temoso”, “tonto”, nervioso o cansado. Además del tratamiento farmacológico, los padres del ámbito rural y sin formación en salud reconociendo recurrir a complejos vitamínicos, propóleo u otras sustancias extraídas de plantas medicinales (belladona), homeopatía o reflexología. Estos métodos alternativos fueron rechazados por los padres sanitarios.

A pesar de ser común el empleo de las medidas físicas (frías; baños templados; compresas frías en la frente, ingles y axilas; evitar corrientes de aire; adaptar la ropa del niño para bajar la temperatura y mantener una hidratación adecuada) solamente los padres con formación sanitaria consideraron estas como tratamiento de primera elección antes de administrar antipiréticos.

Por otra parte, entre padres sanitarios destacaron sentir agobio relacionado con sus percepciones de responsabilidad en el cuidado del niño adjudicada a nivel social debido a su profesión y reconocieron diagnosticar y pautar el tratamiento a sus propios hijos. A pesar de tener dicha formación, se sentían bloqueados ante un episodio de fiebre en sus hijos llegando a sentirse culpables o “malos padres” si su actuación no era la correcta. Manifestaron también una sensación de ridículo ante los compañeros de profesión si consultaban por fiebre en Urgencias.

-Experiencia previa de los padres. Los participantes destacaron que el autoaprendizaje tras experiencias previas aumentó la percepción de control ante el episodio fiebre. En cambio, los padres primerizos manifestaron tener desventaja frente a los padres experimentados, reconociendo su inexperiencia en el manejo de la fiebre. La mayoría de los padres con más de un hijo, independientemente de su formación, afirmaron mayor preocupación en el primer hijo.

Entre los padres con experiencias previas encontramos dos actitudes extremas ante la fiebre: una actitud sobreprotectora con sus hijos o el exceso de confianza o “pasotismo” (mayoritariamente en padres sanitarios).

-Instinto maternal. Algunos participantes, señalaron la existencia de una cualidad innata en la mujer, un “instinto maternal” que le otorgaba una clara ventaja sobre el padre en el manejo de la fiebre.

-Entorno familiar. Los participantes consideraron que podía influir tanto positiva como negativamente en el manejo de la fiebre. En este sentido, los abuelos fueron considerados una ayuda para el cuidado de los niños, pero a la vez, una fuente de “saturación de información” y de presión en la toma de decisiones.

Además, ciertos participantes consideraron que el rol de padre había cambiado, considerando que el cuidado del niño debía ser una tarea compartida por ambos padres.

-Edad del niño/a. Todos los participantes consideraron que la edad del niño influyó en el manejo de la fiebre debido a que los niños de corta edad (menores de un año) no podían verbalizar los síntomas, a la especificidad sintomática según edad o la consideración de que los niños más pequeños son más vulnerables.

-Vida laboral de los padres. Las madres que trabajaban fuera del hogar, tanto de ámbito rural como urbano, consideraron que su trabajo fue un obstáculo para el cuidado de los niños con fiebre, ya que durante su jornada laboral y ante la imposibilidad de que el niño asistiera a la guardería/colegio debían delegar la tarea del cuidado de los niños en el padre u otro familiar.

4 Discusión

Hasta donde conocemos, este es el primer estudio que analiza los factores que influyen en el manejo de la fiebre infantil realizando

una comparación entre padres sanitarios y no sanitarios. En cuanto al tratamiento de la fiebre, al igual que un estudio previo (5), los padres emplean mayoritariamente antibióticos, aunque nuestros resultados aportan la reticencia de los padres sanitarios a su prescripción. Los padres tienden a administrar rápidamente antipiréticos por el miedo a las complicaciones de la fiebre. Además, los resultados de este trabajo muestran que los padres sanitarios únicamente utilizan los antipiréticos en los casos de fiebre establecida, mientras que los padres no sanitarios los administran ante la menor sospecha de fiebre.

Otros factores que influyen en el abordaje de la fiebre infantil son la edad del niño, la experiencia previa de los padres, la presión de los familiares o que los padres trabajen fuera del hogar.

La preocupación que sienten los padres con respecto a la fiebre infantil disminuye según aumenta la edad del niño debido a que el manejo de la fiebre es bastante diferente según la edad del niño (menor de tres meses) según la guía NICE (12).

Estudios previos muestran que haber tenido una experiencia anterior de resolución positiva de la fiebre reduce el miedo de los padres, ayudando a adquirir conocimientos y a tener más estrategias de resolución del cuadro febril (13). El no ser padre primerizo también es considerado un factor determinante para el manejo positivo de la fiebre en niños (14). Siguiendo la línea de estudios realizados, los resultados de esta investigación muestran que los conocimientos adquiridos por la experiencia previa y trabajar fuera del hogar influyen en el manejo de los padres de la fiebre (4).

También ha sido identificada previamente como factor influyente en el cuidado del niño, la presencia de apoyo de la familia, por ejemplo, la figura de los abuelos como cuidadores secundarios (15).

En relación con los roles asociados al cuidado del niño con fiebre, este estudio aporta la consideración del padre en el cuidado del niño febril, tarea que deben compartir ambos padres, resultado tal vez ligado a la deseabilidad social. A pesar de lo anterior y como novedad en este estudio, los participantes consideran que las madres, debido a su instinto maternal, tienen cualidades innatas para el cuidado. Como novedad, este estudio aporta el sentimiento de agobio percibido por los padres de profesión sanitaria que perciben que tienen una responsabilidad extra sobre el cuidado de sus hijos debido a su formación asumiendo el diagnóstico y tratamiento de sus hijos. Además, el hecho de que los profesionales sanitarios no quieran preguntar a sus colegas por vergüenza o por la consideración social de que deberían saber tratar a sus hijos es otro aspecto que debe considerarse en la atención.

Una de las posibles limitaciones del estudio es el sesgo de memoria de los participantes debido al tiempo transcurrido desde la consulta por la fiebre de sus hijos y la realización de los GFs. Para evitar esto, este tiempo se limitó a tres meses.

Los resultados de este estudio cualitativo aportan una información clave a los profesionales sanitarios y gestores sobre el manejo de los padres de la fiebre infantil y sus factores influyentes, conociendo en profundidad el fenómeno en su contexto. Información que podría ser incorporada en el diseño e implementación de programas educativos encaminados a mejorar el abordaje de los padres de los episodios febriles.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Ertmann R, Reventlow S, Söderström M. Is my child sick? Parents' management of signs of illness and experiences of the medical encounter: Parents of recurrently sick children urge for more cooperation. *Scand J Prim Health Care*. 2011;29(1):23-7.
- 2.Schmitt B. Fever in childhood. *Pediatrics*. 1984;74:929-236.
- 3.Pan C, Huang H, Chen M, Kung C, Kung P, Chou W, et al. Lower risk of end stage renal disease in diabetic nurse. *Biomedicine*. 2017;7(4).
- 4.De Bont E, Peetoom K, Moser A, Francis N, Dinant G, Cals J. Childhood fever: a qualitative study on GPs' experiences during out-of-hours care. *Fam Pract*. 2015;32(4):449-55.
- 5.Wun Y, Lam T, Lam K, Sun K. Antibiotic use: Do parents act differently for their children? *Int J Clin Pract*. 2012;66(12):1197-203.
- 6.Cohee L, Crocetti M, Serwint J, Sabath B, Kapoor S. Ethnic differences in parental perceptions and management of childhood fever. *Clin Pediatr (Phila)*. 2010;49(3):221-7.

7. Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research: Second Edition: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. London: SAGE publications; 1998.
8. De Pizarro Andrés J. El análisis de estudios cualitativo. Atención primaria. 2000;25(1):42-6.
9. Prieto M, Cerdá J. Investigación cualitativa. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Consultantes. 2002;149.
10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Heal Care. 2007;19:349–357.
11. Morse J, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. Int J Qual Methods. 2002;1(2):13-22.
12. NICE. Fever in under 5s: assessment and initial management | 1-recommendations. Natl Inst Heal Care Excell. 2013.
13. Walsh A, Edwards H, Fraser J. Influences on parents' fever management: Beliefs, experiences and information sources. J Clin Nurs. 2007;16(12):2331-40.
14. Hay A, Heron J, Ness A. The prevalence of symptoms and consultations in pre-school children in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC): a prospective cohort study. Fam Pract. 2005;22(4):367-74.
15. Delgado M, Hernán Sierra C, Calvache J, Ríos Á, Mosquera C, Salas I, et al. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. Colomb Med. 2006;37(4):293-8.

AUTORES/AUTHORS:

Verónica Tíscar-González, Jaione Santiago-Garín, Iñaki Zorrilla-Martinez, Marta Nonide-Robles, Teresa Moreno-Casbas, Janire Portuondo-Jimenez

TÍTULO/TITLE:

Percepciones y vivencias de escolares del País Vasco acerca de la situación de alerta sanitaria de la COVID-19

Objetivo:

Las medidas de cuarentena pueden impactar a nivel psicológico en la población general, en cualquier grupo de edad. El objetivo de este estudio es explorar las experiencias y vivencias de escolares de entre 7 y 8 años en una situación excepcional de alerta sanitaria en la que se ha aplicado a la población estrictas medidas de confinamiento.

Métodos: Estudio cualitativo exploratorio a través del análisis de ilustraciones. Participaron niños y niñas de una edad comprendida entre 7-8 años de las tres provincias del País Vasco. El primer contacto se realizó a través de las direcciones de los centros educativos, siendo necesaria después la técnica en bola de nieve. Los datos se recogieron desde el 8 de abril al 25 de abril del 2020, momento en que finaliza el confinamiento en los/as menores de 14 años.

La participación consistió en dibujar en un folio en blanco con rotuladores de colores cómo se sentían por la situación de alarma sanitaria causada por el Covid-19. Los datos se recogieron a través de un formulario google doc en el que adjuntaban el dibujo y describían en un máximo de tres palabras sus sentimientos en la situación de confinamiento. Para el análisis e interpretación de las imágenes se realizó análisis del contenido desde la teoría de Rose, considerando su composición: color, contenido, organización espacial de la imagen y el contexto social y político.

Como variables sociodemográficas se recogieron sexo, edad, nivel socioeconómico de la zona de procedencia y si el padre, la madre o tutor/a legal son profesionales de la salud o de las fuerzas de seguridad, si han recibido información en el colegio acerca del COVID-19 y si sus responsables legales han utilizado algún método didáctico adaptado a su edad (vídeo, viñetas, dibujos...) para explicarle la situación actual. Se realizó análisis descriptivo de los datos sociodemográficos, utilizando el software SPSS 21.

Resultados: Participaron 71 escolares. En cuanto a la pregunta: "describe en tres palabras cómo te sientes ante la situación del coronavirus", el sentimiento que más ha aflorado es la tristeza en el 49.2% (35), seguido del miedo en el 19.7% (14).

Del análisis del contenido emergen cinco categorías: Sentimientos de tristeza y miedo ii) Importancia del núcleo familiar, seguridad y protección iii) Hábitos de vida sedentarios durante el confinamiento iv) Infraestructuras de las viviendas y desigualdades sociales. La vida tras una ventana. v) Respuesta social: lucha colectiva y a través de los y las profesionales de la salud.

Discusión: La situación de pandemia del Covid-19 y las medidas estrictas de confinamiento ha tenido un importante impacto en la población escolar, quienes han vivido las mayores restricciones. La infraestructura del hogar se ha mostrado como un claro diferenciador que ahonda en las desigualdades sociales y el impacto que la situación tiene en los escolares. Es necesario ampliar estudios acerca del impacto psicosocial que esta situación va a tener a largo plazo en su salud física y mental.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. Trop Med Int Heal. 2020;25(3):278–80.
2. Ministerio de la presidencia, relaciones con las cortes y memoria democrática. Gobierno de España. Real Decreto 463/2020, de

- 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. [Internet]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
3. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):302–311.
 4. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* [Internet]. 2020;6736(20). Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
 5. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10228):945–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
 6. World Health Organization. Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 Outbreak. *World Heal Organ*. 2020;(January):1–6.
 7. Ministerio de la presidencia, relaciones con las cortes y memoria democrática. Gobierno de España. Orden SND/370/2020, de 25 de abril, sobre las condiciones en las que deben desarrollarse los desplazamientos por parte de la población infantil durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <https://boe.es/boe/dias/2020/04/25/pdfs/BOE-A-2020-4665.pdf>
 8. Gordillo F, Ángel Pérez M, Mestas L, Salvador J, Arana JM, López RM. Diferencias en el Reconocimiento de las Emociones en Niños de 6 a 11 Años. *Acta Investig Psicológica* [Internet]. 2015;5(1):1846–59. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719\(15\)30005-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719(15)30005-3)
 9. Piaget J. *La formation du symbole: imitation, jeu et rêve, image et représentation*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé. 1947.
 10. Peláez C. ¿Qué determina nuestra clase social? 2018; Available from: https://www.huffingtonpost.es/2018/04/27/que-determina-nuestra-clase-social_a_23421895/
 11. Instituto Vasco de estadística. Renta personal media de la C.A. de Euskadi por ámbitos territoriales, según tipo de renta (euros). 2017.

AUTORES/AUTHORS:

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

TÍTULO/TITLE:

Influencia de los profesionales en la vacunación contra la tosferina y gripe entre las gestantes

Objetivo: Conocer los factores relacionados con los profesionales que influyen en la vacunación contra la tosferina y gripe entre las gestantes.

Métodos: Estudio cualitativo de corte fenomenológico. Población de estudio: mujeres embarazadas atendidas en siete servicios de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de la provincia de Barcelona. Criterios de inclusión: mayoría de edad, 27-40 semanas de gestación, estar vacunada contra la tosferina, sin dificultades de comunicación y voluntariedad para participar. Muestreo intencional, integrando criterios de homogeneidad y de heterogeneidad a fin de obtener la máxima variabilidad discursiva. Entrevista individual como técnica de recogida de datos. Se elaboró un guion semiestructurado con los temas a tratar seleccionados en función de los objetivos, literatura consultada y reflexión de los investigadores. Recogida de datos entre marzo 2018 y enero 2019. Análisis temático con ayuda del ATLAS-ti. Se siguieron los criterios de rigor y calidad de Lincoln y Guba.

Resultados: Participaron dieciocho gestantes. Cinco se vacunaron contra la gripe. El papel de los profesionales, en concreto la matrona, en la decisión de vacunarse es trascendental en las mujeres y decisivo en la inmensa mayoría. Aparecen las siguientes categorías: 1) Actuación del profesional: información y/o recomendación. Las mujeres transmiten haber recibido mensajes diferentes según la vacuna que se trate. Respecto a la tosferina, todas recibieron información o recomendación de vacunarse, o se le transmitió lo adecuado que resultaría hacerlo para el bebé. No obstante, algunas explicitan que les habría gustado recibir más información. En cuanto a la gripe, una amplia mayoría de mujeres no recuerdan haber sido informadas o bien responden no haber recibido información ni recomendación de vacunarse. En otras ocasiones, a pesar de la recomendación, las mujeres no perciben la misma necesidad de vacunarse que para la tosferina. 2) Confianza en el profesional. Para algunas mujeres es plena y supone que aquello que les recomiende el profesional, lo realizarán. La confianza en el profesional es muy alta incluso en casos donde existen dudas respecto a la vacunación. 3) Habría cambiado mi decisión en función de la matrona. Una gran mayoría de mujeres se habría vacunado de la gripe si se lo hubiesen recomendado, hecho que no se produjo o no de igual manera que para la tosferina.

Discusión: El rol de los profesionales, en concreto de las matronas, es crucial a la hora de proveer información fidedigna sobre la gripe y la tosferina y su vacunación en el embarazo, así como en la recomendación de vacunarse. Las gestantes se vacunan más cuando se lo recomienda su profesional y cuando perciben que la protección es mayor para el bebé. Ambas situaciones se dan con menor frecuencia en el caso de la gripe y en ambas están implicados los profesionales de la salud. Se requiere una reorientación de las prácticas por parte de estos profesionales que enfatice la información, especialmente sobre seguridad o beneficios de las vacunas, y recomendación de las vacunas en el embarazo, en especial la de la gripe. Todo ello con el objetivo de aumentar la cobertura vacunal entre las gestantes y mejorar la morbimortalidad asociada a ambas afecciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 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.
- Maertens, K., Braeckman, T., Top, G., Van Damme, P., & Leuridan, E. (2016). Maternal pertussis and influenza immunization coverage and attitude of health care workers towards these recommendations in Flanders, Belgium. *Vaccine*, 34(47), 5785–5791.
- Maisa, A., Milligan, S., Quinn, A., Boulter, D., Johnston, J., Treanor, C., & Bradley, D. T. (2018). Vaccination against pertussis and

influenza in pregnancy: a qualitative study of barriers and facilitators. *Public Health*, 162, 111–117.

O'Shea, A., Cleary, B., McEntee, E., Barrett, T., O'Carroll, A., Drew, R., & O'Reilly, F. (2018). o vaccinate or not to vaccinate? Women's perception of vaccination in pregnancy: a qualitative study. *BJGP Open*, 2(2).

Vilca, L. M., Cesari, E., Tura, A. M., Di Stefano, A., Vidiri, A., Cavaliere, A. F., & Cetin, I. (2020). Barriers and facilitators regarding influenza and pertussis maternal vaccination uptake: A multi-center survey of pregnant women in Italy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 247, 10–15.

Vilca, L. M., Martínez, C., Burballa, M., & Campins, M. (2018). Maternal Care Providers' Barriers Regarding Influenza and Pertussis Vaccination During Pregnancy in Catalonia, Spain. *Maternal and Child Health Journal*, 22(7), 1016–1024.

Wiley, K. E., Cooper, S. C., Wood, N., & Leask, J. (2015). Understanding Pregnant Women's Attitudes and Behavior Toward Influenza and Pertussis Vaccination. *Qualitative Health Research*, 25(3), 360–370.

Wilson, R. J., Paterson, P., Jarrett, C., & Larson, H. J. (2015). Understanding factors influencing vaccination acceptance during pregnancy globally: A literature review. *Vaccine*, 33(47), 6420–6429.

AUTORES/AUTHORS:

ARIÑE SADABA EZQUER, JUAN JOSÉ FARO BUENO, SILVIA ASCUNCE GUERRERO

TÍTULO/TITLE:

CORRECTA CODIFICACION DEL TABAQUISMO EN LA ZONA BASICA DE HUARTE

1Objetivos:

Objetivo general: Conseguir la correcta codificación de los pacientes fumadores con su CIAP y con tabaquismo como antecedente y condicionante.

Objetivo específico: Comprobar la correcta codificación en los diferentes cupos de la zona básica de salud.

Realizar una sesión con el personal para concienciar y mejorar la codificación, primer paso para el tratamiento del tabaquismo.

2.Metodología:

Se pidieron los datos de pacientes que constaban como fumadores en los diferentes cupos de la zona básica y se revisó cuantos estaban correctamente codificados y se comprobó cómo se registraban, en el caso de que no lo estuvieran correctamente.

A los pacientes mal codificados, que no tenían un CIAP P17 abierto, se les realizaba una llamada para comprobar si fumaban o no en la actualidad.

Se realizaba una sola llamada y se dejaban sonar 5 tonos.

Si continuaban siendo fumadores se creaba el diagnóstico de tabaquismo en su historia. Se realizaba además un consejo breve para el cese de tabaco.

Si eran ex fumadores se hacía constar en el apartado de antecedentes y condicionantes, de su historia.

3.Resultados:

Se consiguen un total de 1697 pacientes registrados como fumadores, un 60.5% de ellos está correctamente codificado. Se procede a llamar al 39.5% que no lo está.

Un 14.84% no contesta a la llamada. De los que contestan 418, un 67.7% continua fumando por lo que se crea un CIAP de tabaquismo en su historia, un 31.1% no fuma actualmente por lo que se hace constar en el apartado de antecedentes que son ex fumadores.

Un 1.19% ha sido catalogado como fumador pese a no haber fumado nunca.

4.Discusión:

El tabaquismo es la primera causa de muerte prevenible en el mundo¹, por lo que es importante que los profesionales sanitarios de atención primaria estén concienciados de su importancia, ya que su intervención en cualquier ocasión de contacto con el fumador puede generar cambios². Pero para ello es imprescindible un correcto diagnóstico, ya que no se puede tratar lo que no se diagnostica.

Según la OMS y el ministerio de sanidad las tasas de tabaquismo son de un 24.5% en España³ y de un 19.5% en Navarra⁴ lo que no se corresponde con las cifras de codificación que manejamos en las historias clínicas.

Esta reflexión es la que nos empujó a realizar este estudio y por lo que lo consideramos clínicamente relevante.

Si los sanitarios no estamos concienciados con que el cese tabáquico es una de las mejores formas de mejorar la salud de nuestros pacientes, al eliminar uno de los mayores factores de riesgo; no actuaremos con suficiente implicación ni utilizaremos todos los recursos disponibles para tratarlo⁵.

Quizás la relajación en la importancia de prevención del tabaquismo como factor de riesgo principal de muchas patologías, se deba a que las profesiones sanitarias han sido habitualmente fumadoras como describió el proyecto SUN⁶

Es cierto también, que la actual estrategia sanitaria en atención primaria está más centrada en el paciente crónico y pluripatológico lo que ocupa la mayor parte de nuestro tiempo, dejando en un segundo plano las actividades preventivas para la población más joven y

habitualmente sana.

Existen numerosas guías que sirven de ayuda a la consulta de tabaquismo en atención primaria^{7,8} es importante conocerlas y trabajarlas ya que todas recomiendan un una intervención por breve que sea.

Este trabajo deja patente que muchas veces no se pregunta a los pacientes si fuman o no, y si se hace no se codifica correctamente. Otros factores como la complejidad del programa o la alta eventualidad en los puestos, lo que supone un alto número de personal poco formado pueden influir también en los resultados.

El todas las estrategias contra el tabaquismo: WPOWER⁹ de la OMS como en la intervención global ^{5ª}, el primer paso es el diagnóstico; vigilar el consumo, averiguar y registrar.

Vistos los resultados (un 40% de mala codificación) consideramos necesario insistir en la importancia de ello a los profesionales por lo que realizó una sesión formativa sobre el tabaquismo y su tratamiento en la que se insistía en la importancia del diagnóstico y correcta codificación.

Además se formó al personal de enfermería del área de salud de Huarte, que es quien realiza el tratamiento¹⁰ y seguimiento del tabaquismo en su consulta.

Me parece importante destacar en esta discusión también que pese a ser enfermería quien realiza el seguimiento y quien prescribe los tratamientos más adecuados a cada caso, es un médico quien ha de firmarlos después.

Creo que no tiene sentido que quien tiene la capacidad y responsabilidad de realizar el seguimiento y decidir el tratamiento, precise después de una supervisión burocrática. Por lo que creo que se deberían incluir los tratamientos del tabaquismo en los medicamentos que enfermería puede prescribir.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Muertes atribuidas al consumo de tabaco en España 2000-2014. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad.

Disponible en:

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/MuertesTabacoEspana2014.pdf>

2. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance

P. Aveyard, R. Begh, A. Parsons, R. West. 2012 Jun;107(6):1066-73

3. Tasa de fumadores en España (OMS 2020) Disponible en:

<https://www.epdata.es/datos/consumo-tabaco-espana-datos-graficos/377>

4. Tasa de personas fumadoras en Navarra 2019. Disponible en:

<https://www.navarra.es/es/noticias/2019/05/30/la-tasa-de-personas-fumadoras-en-navarra-desciende-12-puntos-en-los-ultimos-20-anos-situandose-la-prevalencia-en-el-19-5-de-la-poblacion>

5. Actualización Tabaquismo. EVIDENCIA - Actualización en la Práctica

Ambulatoria - Abril/Junio 2013 Vol. 16 N^o2

6. Consumo de tabaco en titulados universitarios. Proyecto SUN.

X A García de Albéñiza, F Guerra-Gutiérrez, R Ortega-Martínez, A. Sánchez-Villegasa. Gac Sanit vol.18 no.2 Barcelona mar./abr. 2004.

7. Guía de tratamiento del tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 2010. ISBN-13: 978-84-937553-1-7
8. El consejo para dejar de fumar: por qué, cuándo y cómo debemos darlo a nuestros pacientes. Elsevier Vol. 36. Núm. 1. páginas 45-49 (Junio 2005)
E. Olano Espinosa, B. Matilla Pardo, M. González Díaz, S. Martínez González.
9. MPOWER un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. OMS 2008
10. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de Consenso. E. Hall. Published 2003

Mesa de Comunicaciones 3: Poblaciones vulnerables y desigualdades de salud

Concurrent Session 3: Vulnerable populations and health inequalities

AUTORES/AUTHORS:

Kendy Madero Zambrano , Sandra Vallejo Arias , Leisly Beleño Pinedo

TÍTULO/TITLE:

DISCRIMINACIÓN Y NECESIDADES EN SALUD PERCIBIDA POR PERSONAS CON CAPACIDADES DISÍMILES: AUDITIVAS Y DEL LENGUAJE

Objetivo: Interpretar las necesidades sentidas de personas con capacidades disímiles (auditivas y del lenguaje) frente a la atención que reciben por parte de profesionales de la salud Métodos: Se adoptó un enfoque de naturaleza cualitativa, fenomenológica y hermenéutico. La población fueron personas con capacidades disímiles auditivas y del lenguaje de una fundación sin ánimo de lucro de Colombia-Bolívar, con una muestra de 10 casos. Se aplicó entrevista semiestructurada sobre aspectos sociodemográficos, satisfacción frente a la atención recibida, proceso de la comunicación, discriminación, implementación del lenguaje de señas, recomendaciones al personal sanitario. Para el desarrollo del ejercicio se contó con un intérprete quien permitió establecer los canales de comunicación. El soporte ético estuvo en la Resolución 8430 de 1993 y en la Declaración de Helsinki Resultados: Los participantes fueron adultos jóvenes, varones, con baja escolaridad, de Cartagena y Bolívar, trabajadores independientes y desempleados, devengan bajos ingresos, se ubican en los estratos inferiores. Las necesidades sentidas frente a la atención en salud se concentraron en la dificultad de establecer una comunicación directa con los profesionales de la salud, situación que los hace sentir insatisfecho con la atención que reciben por parte de estos profesionales. Así mismo, experimentan tristeza, impotentes y temor, producto de la discriminación (burlas) por su condición, la falta de privacidad y la sensación de inseguridad a consecuencia de la poca o nula interacción recíproca de la comunicación. Por tanto, recomiendan la inclusión del lenguaje de seña en la formación de estos profesionales o la inclusión permanente de un intérprete o en su defecto el uso del aplicativo web nacional Discusión: Autores como Loredó y Matus¹, evidencian que el profesional de salud al no poderse comunicarse con estas personas, los "ignora", aludiendo a que los intentos de comunicación son estresantes para él y el paciente. Sin embargo, Gómez y colaboradores² estiman que hay que procurar un cuidado humanizado satisfactorio; que permita apoyo, bienestar, información y despertar sentimientos de confianza y autoestima. Por otra parte, McLean y Williamson³ creen que las incapacidades, son consecuencias del fracaso de la sociedad para satisfacer las necesidades de las personas con diferencias, lo que deriva en insatisfacción por parte de estos sujetos. Este contexto fortalece la teoría de Deliyore⁴, "es evidente que todas las personas tienen algo que expresar, pero pueden comunicarse –de modo efectivo– siempre y cuando cuente con los medios, la atención y el respeto de las personas interlocutoras implicadas"

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Loredó N, Matus R. Intervenciones de comunicación exitosas para el cuidado a la salud en personas con deficiencia auditiva. *Enfermería Universitaria*. 2012; 9(4): 57-68
2. Gomes V, Correa M, Manfrin R, De Sosa J. Vivencia del enfermero al cuidar sordos y/o portadores de deficiencia auditiva. *Enfermería Global*. 2019; (17): 1-10
3. McLean S, Williamson L. *Impairment and Disability*. New York: Routledge-Cavendish. 2017
4. Deliyore M. Comunicación alternativa, herramienta para la inclusión social de las personas en condición de discapacidad. *Revista Electrónica Educare*. 2018; 22(1): 1-16

AUTORES/AUTHORS:

JESSICA KATHERINE CARDAMA TELLO, TERESA DE JESÚS SIFUENTES SINTI, GERSON GIANINI RODRIGUEZ RICO, EVA MARÍA LÓPEZ TORRE, ELENA GARCÍA GARCÍA, MARIA LARA MARTÍNEZ GIMENO, ANA MEYERS GARCÍA-SÍPIDO, GEMA ESCOBAR AGUILAR

TÍTULO/TITLE:

TELEMEDICINA EN CUATRO ASENTAMIENTOS HUMANOS DE IQUITOS (PERÚ): EXPLORANDO LAS NECESIDADES DE LAS PARTES IMPLICADAS

Objetivo. Conocer las necesidades y expectativas de profesionales y usuarios que viven en los asentamientos humanos de Iquitos en relación con la gestión (promoción, prevención) de la salud comunitaria y la integración de la telemedicina.

Secundarios: Analizar emociones, sentimientos, barreras y facilitadores. Explorar las vivencias de pacientes/ciudadanos y profesionales. Entender lo que “parece”, lo que “dice” y lo que realmente “quiere” (necesidades latentes). Analizar los puntos débiles detectados durante el curso del proyecto, así como identificar temas de especial relevancia para cada uno de los agentes involucrados, y que actualmente no se tienen en cuenta.

Método. Investigación-acción para diseñar un protocolo de atención sanitaria con soporte tecnológico (maleta de telemedicina), implicando en el proceso a los profesionales de la salud y usuarios. **Sujetos de estudio:** usuarios de asentamientos humanos, promotores y agentes de salud que los atienden. **Muestreo por propósito.** Dimensiones: el entorno de la atención primaria. Salud medioambiental. Relación con los profesionales sanitarios. **Recogida de información:** Grupos focales con guión semiestructurado. Mapa de empatía del usuario (Qué ve-Qué escucha-Qué dice y hace-Que piensa y siente). Mapa de experiencia de usuario (pasos que sigue el usuario al relacionarse con un proceso y las emociones derivadas). Identificación de soluciones, con la participación de promotores, agentes de salud, profesionales de centros de salud/hospital y usuarios. En cada sesión, participaron entre 8-16 personas (2 horas de trabajo con usuarios y sus familiares, una de reflexión para las moderadoras y 2 horas de trabajo con profesionales). **Análisis de la información.** Análisis temático siguiendo el proceso descrito por Braun et al.; es compatible e independiente de cualquier tipo de teoría o epistemología que se utilice. **Resultados.** Qué ven ellos en su entorno cercano, amigos, en otros asentamientos: la salud medioambiental (limpieza en los asentamientos, la luz y la electricidad, falta de agua alcantarillado); la asistencia sanitaria (falta de coordinación en los puestos de salud, falta de profesionales): “atienden lento, es mejor no ir” “madrugar para hacer cola en tu hospital o en la posta y luego no hay pastillas”. Qué escucha: lo que dicen los amigos, profesionales sanitarios, otros pacientes, en relación a la gestión de la salud: “se demora la atención” “te atienden a medias porque en su consultorio gana mas dinero” Qué hace: cuándo tiene un problema de salud ¿Qué escuchamos a los otros decir, tanto a otros ciudadanos como a los profesionales de los centros de salud?: “Cuando no hay atención del médico vuelvo a casa y me preparo mi remedio” “Primero remedio casero y si no voy al centro de salud”. Qué piensa y qué siente: qué le preocupa, pero no dice. Qué le haría sentirse bien atendido. **Enfermedad-prevención-promoción de la salud en la vida diaria y sus costumbres:** “me gustaría trabajar en mi asentamiento” “me preocupa que no hay buena atención en mi posta” “no tener que madrugar y un trato mas personal”. **Conclusiones:** los informantes perciben como prioritario las mejoras relacionadas con las condiciones de salubridad de los asentamientos. Consideran lento el acceso al sistema sanitario y demandan una asistencia más cercana. Perciben la maleta de telemedicina como una herramienta que puede responder a la atención inmediata de problemas derivados de sus condiciones medioambientales. **Implicaciones para la práctica.** Las tecnologías de la información y comunicaciones son una herramienta con potencial para facilitar intervenciones de salud comunitaria en el propio terreno. Detectar las necesidades de las partes implicadas permite crear una estrategia de implantación que se adapte a la realidad de su contexto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Perry H, Zulliger R. How effective are community health workers? An overview of current evidence with recommendations for strengthening community health worker programs to accelerate progress in achieving the health-related Millennium Development Goals. http://www.coregroup.org/storage/Program_Learning/Community_Health_Workers/review%20of%20chw%20effectiveness%20for%20mdgs-sept2012.pdf. Published 2012. Accessed April 12, 2014.
2. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford J, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 2004;364(9449):1984–90.
3. -World Health Organization. Working together for Health: World Health Report 2006. Geneva; WHO, 2006.
4. World Health Organization. Strengthening the performance of community health workers in primary health care: report of a WHO study group. Geneva: World Health Organization Technical Report Series No 780, 1989.
5. Bryce J, Black RE, Walker N, Bhutta ZA, Lawn JE, Steketee RW. Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? *Lancet* 2005; 365: 2193–200.
6. Tin N, Lwin S, Kyaing NN, Htay TT, Grundy J, Skold M, O'Connell T, Nirupam S. An approach to health system strengthening in the Union of Myanmar. *Health Policy*. 2010;95(2):95–102.
7. MINISTERIO DE SALUD. Hacia un Sistema Nacional Regionalizado e Integrado de Salud. Oficina General de Planificación. Lima. 1991.
8. Situación de la enfermería comunitaria en el Perú y America latina . Sebastian Bustamante Edquén. <http://neclayc.galeon.com/articulo2enfcom.htm> 2003.
9. Laperrière H. Cuando la comunidad guía la acción: hacia una evaluación comunitaria alternativa. *Psicología & Sociedade*; 19 (3): 39-45, 2007.
10. E-health for healthcare delivery: Strategy 2004-2007, Ginebra, 2004, Organización Mundial de la Salud.
11. Improving health, connecting people: The role of ICT in the health sector in developing countries. A framework paper and literature review. Infodev working paper, 2007, Banco Mundial.
12. Connecting for health: global vision, local insight, Ginebra, 2005, Organización Mundial de la Salud.
13. Plan Nacional de Telesalud, Lima, 2004, Comisión Nacional de Telesanidad. Disponible en: <ftp2.minsa.gob.pe/otraspublicaciones/22/Telesalud.pdf>.
14. A. Martínez: Analysis of information and communication needs in rural primary healthcare in developing countries, en *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine* 2005, Vol. 9, No 1, pp. 66-72.

AUTORES/AUTHORS:

Kerling Sofia Alvarado Sanchez, Juana Robledo Martin

TÍTULO/TITLE:

Influencia de la transición migratoria en la salud de mujeres latinoamericanas residentes en Madrid

OBJETIVO: El objetivo general de este trabajo es conocer la influencia que la transición migratoria tiene en la salud de mujeres latinoamericanas residentes en Madrid; y subsecuentemente como objetivos específicos se detallan: 1. conocer la vivencia de una transición migratoria desde la experiencia de mujeres latinoamericanas que viven en Madrid. 2. explorar el significado que las mujeres inmigrantes latinoamericanas residentes en Madrid le atribuye a su transición migratoria. Indagar los factores culturales, sociales, familiares y personales que caracterizan y condicionan la transición migratoria de mujeres latinoamericanas que viven en Madrid. 4. Explorar los cambios adaptativos que realizan las mujeres inmigrantes latinoamericanas residentes en Madrid a raíz de su transición migratoria.

MÉTODO: Se utilizó una metodología cualitativa fenomenológica con muestreo intencional-teórico y como criterios de inclusión: ser mujer, residencia en Madrid, país de origen latinoamericano, más de un año de vivir en España y edad entre 30-60 años y variabilidad en base a: estatus migratorio regular o irregular, con presencia o ausencia de red familiar, situación laboral activa o inactiva y con o sin visibilidad racial. Se realizaron 9 entrevistas en profundidad mediante una guía de pautas según el Modelo de determinantes sociales de la salud (DSS) de la OMS y el ciclo migratorio del 01 de feb al 13 de mar 2020. Como limitaciones la muestra no tuvo la variabilidad planteada inicialmente pero los discursos si evidencian una saturación teórica de la información recolectada. Las entrevistas fueron transcritas y anonimizadas por disociación, codificadas con la herramienta Atlas.ti. 8 y analizadas siguiendo el diseño fenomenológico hermenéutico (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Se identificaron 5 unidades de análisis naturales cada una con sus propias categorías y temas centrales los cuales son migración femenina, cambios y adaptación cultural, trabajo, uso de servicios de salud y ser mujer. Los resultados preliminares fueron enviados a un informante clave y una de las participantes en el estudio pidiéndoles que valorasen si se sentían identificados con ellos. Se realizó la discusión por triangulación teórica en la que se comparó con otras investigaciones, el modelo de cadenas globales de cuidados (Hochschild, 2000; Pérez y López, 2011), los DSS (Solar & Irwin, 2020; Van der Laet, 2017) y la teoría enfermera de rango medio de transiciones de AF. Meleis (Messias, 2010; Meleis, 2015).

RESULTADOS: Para este congreso se expone la unidad temática sobre Cambios y adaptación cultural llamada: "todo fue un cambio". El proceso migratorio afecta la salud biopsicosocial por el choque inicial en el nuevo país de destino, la alteración de vínculos afectivos, preocupaciones, obstáculos, temores iniciales y los rápidos cambios para adaptarse a su nuevo entorno; todo esto se refleja en el siguiente verbatim:

"esa llegada pues al mes entre adaptarme, entre el primer mes el horario, entre que lloraba porque quería regresar o tenía miedo de enfrentarme sola con mi hijo (...) que pedía su casa porque tenía las comodidades, en mi país tuve sus comodidades y que llegas a un sitio donde no sabes que va a ser de ti" (E1: Ana, Perú)

Además la situación migratoria irregular, falta de oportunidades y regulación laboral, estereotipos y discriminación se ve evidenciado en los entornos físico-ambientales inadecuados, exigencias laborales, bajos ingresos, largas jornadas de trabajo, limitadas oportunidades de desarrollo y dificultades para formar vínculos cercanos con las personas autóctonas de España. Las participantes relatan sus experiencias, pensamientos y sentimientos lo cual se puede ejemplificar en el siguiente verbatim:

"te afecta porque tienen una mala impresión tuya porque como te digo al menos en mi caso no te van a separar tú has hecho esto, tú

tienes estos diplomas, tú tienes esto, te ponen todo en el mismo saco, tengas diploma o no tengas diploma, tengas educación o no tengas educación, o sea tatata, no tú eres de esta nacionalidad y así te van a juzgar y así va a ser tu forma de buscar un trabajo, de alquilar una casa” (E7: Rocío, Ecuador)

No obstante es importante resaltar las redes de inmigrantes y otras redes de apoyo como ONG, asociaciones y la misma Comunidad de Madrid que acompañan en la búsqueda de empleo, de recursos y en vínculos afectivos, además del ambiente estructural que se convierte en un recurso positivo durante el proceso de adaptación:

entonces dije yo: “bueno entre tantas personas” como esto es como una red al final, y entre usted más va conociendo pues hay tal vez ellas le van diciendo: “mira en mi trabajo y esta la cosa”, tal vez va a ser más fácil hallar algunas cosas” (E6: Lucía, Perú)

“pues esas hermanas de la iglesia ellas me daban siempre, ellas me daban y también eso aquí es la iglesia donde yo voy hay que llevar la fotocopia del empadronamiento y del pasaporte y allá le dan los alimentos, al mes ya le aprueban los alimentos” (E9: Adelia, Honduras)

El proceso de adaptación se refleja en la adopción de hábitos alimenticios saludables, cambios en vestimenta, actividades de ocio pero no en actividad física ni adecuados tiempos de descanso; sin es importante resaltar como por medio de las experiencias las mujeres latinoamericanas evidencian un trabajo en sí mismas de autoconocimiento y empoderamiento lo que inciden en una transición migratoria más saludable:

“yo creo que cada año vas aprendiendo un poquito más de la forma que has vivido desde que llegaste hasta lo que estás hoy en día viviendo y siento que cada año mis lagrimas han servido para que al final vaya teniendo victorias por decirlo así, que han sido poco a poco no sea que al final al tocar tantas puertas se que se han logrado abrir, pero pues todo eso lleva a tener, a haberte gastado muchas lágrimas, a haber sido perseverante” (E1: Ana, Perú)

DISCUSIÓN: Hay similitudes de los resultados con otras investigaciones (González, 2016; Sanchón-Macias et al. 2016; Gea-Sánchez et al., 2017; Moro, Pena y Fiol, 2018) donde se evidencia que la llegada al país de destino enfrenta a las mujeres inmigrantes a obstáculos físicos, legislativos, sociales y culturales que generan estereotipos y afectan su salud y esto se justifica por el proceso migratorio y los determinantes sociales de la salud. Sin embargo se reconocen que existen estrategias personales, redes de apoyo y el propio contexto nuevo que puede favorecer hacia una transición saludable. Lo anterior reconoce la complejidad de los factores que inciden en la transición migratoria (Messias, 2010) y el necesario acompañamiento de la transición migratoria individualizada, así como mejoras en las políticas migratorias, políticas sanitarias y políticas de integración social.

Este estudio no tiene conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Gea-Sánchez, M., Gastaldo, D., Molina-Luque, F. & Otero-García, L. (2017). Access and utilization of social and health services as social determinant of health: the case of undocumented Latin American immigrant women working in Lleida (Catalonia, Spain). *Health & Social Care in the Community* 25(2), 424-434.

González, L. (2016). Estudio etnográfico acerca de la vivencia de la mujer latina como inmigrante trabajadora en la ciudad de Alicante, España. (Tesis doctoral). Universidad de Alicante. URI: <http://hdl.handle.net/10045/53807>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ed.). México D.F: McGraw-Hill / Interamericana Editores S.A. de C.V.

- Hochschild, AR. (2000). Global Care Chains and emotional surplus value. En: Giddens, A. & Hutton, W. (eds.). *On the Edge: living with global capitalism*. (pp. 130-146). London, UK: Jonathan Cape.
- Meleis, A. (2015). Transitions Theory. En: Smith, M & Parker, M. *Nursing theories and nursing practice* (4th Ed) (pp. 361-380). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Messias, DKH. (2010). Migration Transitions. En: Meleis, A. (Ed). *Transitions theory: Middle-range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 226-231). New York: Springer.
- Moro, L., Pena, MJ. y Fiol, M. (2018). Inmigrantes latinoamericanas en Salamanca: estudio de experiencias y casos. *Comunitaria. Rev Inter Trab Soc y Cien Soc* 15, 137-157. DOI: <https://doi.org/10.5944/comunitaria.15.7>
- Pérez, A. y López, S. (2011). Desigualdades a flor de piel: Cadenas Globales de cuidados. Concreciones en el empleo de hogar y políticas públicas. España: ONU Mujeres.
- Sanchón-Macias, M., Bover-Bover, A., Prieto-Salceda, D., Paz-Zulueta, M., Torres, B & Gastaldo, D. (2016). Determinants of subjective social status and health among Latin American women immigrants in Spain: A qualitative approach. *Journal of immigrant and minority health* (18), 436-441.
- Solar, O & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Van der Laat, C. (2017). La Migración como Determinante Social de la Salud. En: Cabieses, B., Bernales, M. y McIntyre, A. (Ed.), *La migración internacional como determinante social de la salud social en Chile: evidencia y propuesta para políticas públicas*. (pp. 29-39). Chile: Universidad del Desarrollo.

Mesa de Comunicaciones 4: Población con condiciones crónicas

Concurrent Session 4: Chronic condition population

AUTORES/AUTHORS:

Miguel Ángel Herrador Cañete, Guillermo Herrador Cañete, Inmaculada Cañete Muñoz, Rafael Molina-Luque, Guillermo Molina-Recio

TÍTULO/TITLE:

High-Intensity Interval Training to diminish cardiometabolic risk factors in adults with metabolic syndrome: SM and MA.

2. Introduction/Objectives

The metabolic syndrome is defined as the coexistence of three or more cardiovascular disease (CVD) risk factors, including hypertension, hyperglycemia, hypertriglyceridemia, low high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C), and central obesity, which increases the individual's risk of acquiring CVD [1, 2, 3, 4].

Metabolic syndrome is becoming hyperendemic around the world [5], and coronary heart disease (CHD) is a major cause of disability and premature death throughout the world [6].

MetS is associated with increased healthcare-related costs among individuals with and without DM, increasing these costs by approximately 24% for each additional metabolic syndrome component present [8]. Furthermore, the presence of MetS increases the risk for postoperative complications, including prolonged hospital stay and risk for blood transfusion, surgical site infection, and respiratory failure, across various surgical populations [9, 10].

The evidence has been demonstrated that high-intensity interval training (HIIT) is superior to moderate-intensity continuous training (MICT) at improving cardiometabolic risk [2, 20, 21], and CRF [19, 22].

Aerobic interval training (AIT) is less time consuming than traditional continuous aerobic exercise [21]. Because lack of time appears to be the main barrier to engage in regular exercise [23], HIIT has enjoyed increased popularity [4] and has been reported as a more time-efficient [24].

The main objective of this review is to analyze the clinical trials found in current literature to assess the changes, both in body composition and biochemicals, that high-intensity intervals training produces in the components of the metabolic syndrome.

The secondary objective is to compare the effectiveness of different high-intensity interval training volumes (1HIIT vs 4HIIT) in reducing those components of the metabolic syndrome.

3. Methods

3.1. Study Design

This systematic review focus on the research and analysis of randomized clinical trials to obtain sufficient evidence for the recommendation of the practice of HIIT in patients with MetS within the clinical practice.

3.2. Search Terms

The search used terms related to metabolic syndrome and the different modalities of exercise and training, such as metabolic syndrome, exercise, exercise therapy, endurance training, high-intensity interval training, and resistance training.

These terms were combined by Boolean operators to optimize the search. In each search, the Medline Thesaurus Medical Subject Headings (MeSH) terms were used according to each database.

3.3. Search Strategy

Several sources were searched for clinical trials, as Pubmed, Medline, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Web of Science, Scopus and ProQuest.

3.4. Study Eligibility Criteria

In order to set the eligibility criteria, the PICOS search strategy tool was used to detail participants, interventions, comparisons, outcomes, and study designs.

3.5. Study Selection

Titles and abstracts of the studies were export in RefWorks (ProQuest). First, duplicates were removed. Then, the studies remained were screened against the inclusion and exclusion criteria and placed in two groups: (a) further review; (b) exclusions.

3.6. Data Extraction

This review was performed using PRISMA statement for reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses [25]. The information extracted included: (a) study details (authors, year, country of publication, funding, and affiliations), (b) participants (characteristics,

train protocol details, inclusion/exclusion criteria, attrition, and blinding), (c) intervention/comparator details (intervention, sample size, length of the intervention/follow up and retention rate), and (d) outcomes (qualitative and quantitative measures of metabolic syndrome components, cardiorespiratory fitness, anthropometry, and adverse effects).

3.7. Data Analysis

3.7.1. Reporting of Intervention Outcomes

A narrative synthesis of findings structured around the effects of HIIT in metabolic syndrome components investigated are provided. A meta-analysis was conducted using RevMan 5 Software (Review Manager 5, Cochrane). For this purpose, odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs) were calculated for all articles with sufficient data to compare sedentary participants with those who are following the HIIT program.

Heterogeneity was assessed through the computation of I² statistic and Heterogeneity Chi², which measures the degree of inconsistency and indicates the proportion of variability between studies.

4. Results

For this revision, different intervention groups were analyzed. The first comparison was a HIIT group before and after the intervention (Pre-HIIT vs. Post-HIIT) since all the analyzed articles have this information.

The second evaluation was between a HIIT group and a Control group (HIIT vs. Control) [4, 26, 27, 28].

The third assessment was the 4HIIT group to 1HIIT group (4HIIT vs. 1HIIT) to assess the benefits of a low-volume exercise [2, 3, 4, 20, 29].

4.1. Quality of the studies reviewed and risk of bias

As was mentioned above, the quality assessment of the studies was determined using the CONSORT Statement for clinical trials. The studies achieved a mean score of 6.56/10. In this sense, it is essential to highlight that only four of these studies apply some blinding [3, 20, 28, 29].

Regarding the risk of bias, most of the studies present a low risk, except for two papers [30, 31], which stand out for their high risk of bias. The fundamental weakness in most of the researches is located in the blinding process, which is non-existent or indeterminate in all but two cases [3, 20].

Besides the blinding bias, selection bias is another risk to highlight in this meta-analysis, since over 70% of the studies analyzed do not detail allocation concealment. However, the remaining risk of biases is mostly low in all the articles reviewed.

4.2. Subjects characteristics.

Firstly, it is essential to note that in all the articles included in this review, there were no differences between groups at baseline in age, sex, the number of MetS components or medicine use.

On average, female participants comprised 50% of each group. However, their responses to training were similar to men in all the variables. For this reason, data were analyzed without separation between sexes. Two articles analyzed a non-heterogeneous population, using a single group of women [31, 32].

4.4. Outcomes

4.4.1. Bodyweight and body composition

All the HIIT programs' intervention groups showed significant weight loss and reduced waist circumference compared to the baseline, although these results should be interpreted with caution due to the heterogeneity of the sample (I²= 56%; Chi²=22.69 (p=0.01)). In HIIT vs. Control group, was showed a reduction of weight (-4.84 [-10.37, 0.69] 95% CI) [4, 28], but the overall effects were not significant (p=0.09). The articles comparing HIIT with control group shown a significant reduction in WC (-4.97 [-7.07, -2.88] 95% CI, p<0.001) [4, 26-28], where the results are consistent due to their heterogeneity (I²=16%; Chi²=3.59 (p=0.31)).

Finally, the studies that compare 4HIIT vs. 1HIIT, also evidenced a significant reduction of weight loss (-4.14 [-5.91, -2.37] 95% CI), with acceptable results in heterogeneity and overall effects (p<0.00001). However, the waist circumference did not undergo such a significant change (-2.01 [-4.03, 0.00] 95% CI, p=0.05) [2, 3, 4, 20, 29].

4.4.2. Cardiometabolic risk factors

The main benefit found in the HIIT training group is the decrease in blood pressure. In HIIT vs. Control groups, the comparison of the studies showed significant decreases in Systolic Blood Pressure (SBP) (-8.89 [-12.79, -5.00] 95% CI, $p < 0.001$), with moderate heterogeneity ($I^2 = 49\%$; $Chi^2 = 1.97$ ($p = 0.16$)). Concerning the Diastolic Blood Pressure (DBP), a significant overall decrease was also found (-5.54 [-8.53, -2.55] 95% CI, $p < 0.001$), with low heterogeneity ($I^2 = 0\%$; $Chi^2 = 0.11$ ($p = 0.74$)) [29, 30].

A similar global reduction was observed in the analysis of papers comparing Pre-HIIT vs Post-HIIT intervention [2, 3, 20, 27-32]. In this group, the SBP had the greatest reduction (-7.42 [-9.37, -5.47] 95% CI, $p < 0.001$), and a reduced heterogeneity was found between studies ($I^2 = 22\%$; $Chi^2 = 11.50$ ($p = 0.24$)). Relating to DBP, the reduction was also notable (-5.44 [-6.63, -4.24] 95% CI, $p < 0.001$) and the heterogeneity was low ($I^2 = 0\%$; $Chi^2 = 4.54$ ($p = 0.87$)).

5. Discussion

The main finding from this systematic review and meta-analysis is that HIIT improves some metabolic syndrome parameters such as blood pressure or abdominal circumference. Besides, although there are limited data, HIIT appears to be well safe and well-tolerated. One of the papers included in this review concludes that intense aerobic interval training specifically reduces double product (DP), an index of myocardial oxygen consumption. That fact suggests that decreasing myocardial oxygen demands could prevent the occurrence of adverse cardiovascular events during exercise in patients with MetS [4]. Moreover, a recent review summarizes the effectiveness and safety of HIIT in the population with cardiometabolic diseases [33].

HIIT is effective in reducing blood pressure (hypertension) and abdominal circumference. Although a reduction in weight has also been observed, the overall effect was not significant, perhaps due to the muscle mass gain. For this reason, weight may not be a good indicator of the efficacy intervention as a variable-result. There are clinical trials describing muscle gain produced in HIIT interventions [34, 35], so the use of weight and BMI in this type of patient could not be appropriate.

One program of 1HIIT was included because short-intense interval exercise has been shown to elicit training adaptations while being more time-efficient. In this sense, it is essential to highlight that no significant differences between 1HIIT and 4HIIT workouts have been found [2, 3, 4, 20, 29]. Although 4HIIT shows improvements, the evidence suggests that just with a 1HIIT session, the benefits of HIIT would appear [2, 3, 29].

On the other hand, safety is a fundamental concern when using HIIT to reduce the risk of cardiometabolic disease among adults, especially those who have overweight or obesity, with cardiometabolic disease risk factors or chronic diseases [4, 17, 36]. That is, HIIT weakness is not the effectiveness but the safety during the high-intensity bouts [17, 36].

6. Conclusions

- HIIT notably influences the reduction of abdominal circumference and blood pressure, being able to conclude that it is an effective strategy for reducing the number of metabolic syndrome components.
- There is low evidence that HIIT improves specific metabolic syndrome parameters such as HDL-c, insulin resistance or triglycerides.
- The difference between the HIIT session volume is mainly reflected in weight loss, and it slightly influences the reduction of the abdominal perimeter.
- There is no significant difference in the rest of the parameters related to metabolic syndrome, and it can be concluded that low-volume HIIT sessions (1 HIIT) are effective in improving metabolic syndrome levels. This result evidences how a lower volume of activity can produce improvements in the components of the metabolic syndrome, which could increase adherence to training.
- These findings suggest that exercise guidelines for a lifestyle-induced cardiometabolic disease could include HIIT. Incorporation of HIIT into an exercise-based rehabilitation for chronic diseases may be a more feasible way for people to reach a level of exercise that promotes health-enhancing benefits. If participants are adequately screened, and the HIIT is prescribed and supervised by qualified individuals, it should be available as a complementary approach for MetS treatment.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, et al. *Circulation* 2009; 120: 1640–45.
2. Ramos J, Dalleck L, Borrani F, et al. *METAB SYNDR RELAT D.* 2017; 15:7, 319-28.
3. Ramos J, Dalleck L, Ramos M, Borrani F, Roberts L, Gomersall S et al. *J. Hypertens.* 2016; 34:10, 1977-87.
4. Morales-Palomo F, Ramirez-Jimenez M, Ortega J, Mora-Rodriguez R. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2019; 51:9, 1876-83.
5. Emelia J, Benjamin, Paul Muntner, Alvaro Alonso, et al; *Circulation.* 2020;10, 211.
6. Rosamond W, Flegal K, Friday G, et al; *Circulation.* 2007;115-20.
7. Hari P, Nerusu K, Veeranna V, Sudhakar R, Zalawadiya S, Ramesh K, Afonso L. *Metab Syndr Relat Disord.* 2012; 10:47–55.
8. Boudreau DM, Malone DC, Raebel MA, Fishman PA, Nichols GA, Feldstein AC, Boscoe AN, Ben-Joseph RH, Magid DJ, Okamoto LJ. *Metab Syndr Relat Disord.* 2009; 7:305–14.
9. Akinyemiju T, Sakhujia S, Vin-Raviv N. *Obes Surg.* 2018; 28:683–92.
10. Tee MC, Ubl DS, Habermann EB, Nagorney DM, Kendrick ML, Sarr MG, Truty MJ, Que FG, Reid-Lombardo K, Smoot RL, Farnell MB. *J Gastrointest Surg.* 2016; 20:189–98.
11. Zimmet P, Magliano D, Matsuzawa Y, Alberti G, Shaw J. *J ATHEROSCLER THROMB.* 2005;12(6):295-300.
12. Kolovou G, Anagnostopoulou K, Salpea K, Mikhailidis D. *Am J Med Sci.* 2007;333(6):362-71.
13. Gami A, Witt B, Howard D, Erwin P, Gami L, Somers V et al. *J AM COLL CARDIOL.* 2007;49(4):403-14.
14. Kodama S. *JAMA.* 2009;301(19):2024.
15. Franks PW, Ekelund U, Brage S, Wong MY, Wareham NJ. *Diabetes Care.* 2004;27(5):1187–93.
16. Mora-Rodriguez R, Ortega JF, Hamouti N, et al. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2014;24(7):792–808.
17. Martland R, Mondelli V, Gaughran F, Stubbs B. *J SPORT SCI.* 2019; 38(4):430-69.
18. Grundy SM, Hansen B, Smith SC Jr, Cleeman JI, Kahn RA. *Circulation.* 2004; 109: 551–56
19. Weston KS, Wisloff U, Coombes JS. *Br J Sports Med* 2014; 48:1227–34.
20. Ramos, J.S., Dalleck, L.C., Borrani, F. et al. *Diabetologia.* 2016; 59, 2308–20.
21. Tjonna AE, Lee SJ, Rognmo O, Stolen TO, Bye A, Haram PM, Loennechen JP, Al-Share QY, Skogvoll E, Slordahl SA, Kemi OJ, Najjar SM, Wisloff U. *Circulation* 2008; 118: 346–54.
22. Milanovic Z, Sporis G, Weston M. *Sports Med.* 2015; 45(10):1469–81.
23. Gibala M, Little J, MacDonald M, Hawley J. *J. Physiol. Paris.* 2012; 590(5):1077-84.
24. Kessler HS, Sisson SB, Short KR. *Sports Med.* 2012; 42:489–509.
25. Urrútia G, Bonfill X. *Med Clin(Barc);* 135(11):507-11.
26. Mora-Rodriguez, R., Fernandez-Elias, V., Morales-Palomo, F., Pallares, J., Ramirez-Jimenez, M. and Ortega, J. *Eur. J. Appl. Physiol.* 2017.

AUTORES/AUTHORS:

Elena García García, Marlon Cárdenas Bonnett, Enrique Zapata Cornejo, Encarna Martín Pérez, Verónica Rodríguez Pérez, Gracia González Romero

TÍTULO/TITLE:

Identificación de parámetros clínicos influyentes en el diagnóstico de amiloidosis cardiaca, a través de la historia clínica

La amiloidosis cardiaca (AC) es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia anual de 8 casos por millón de habitantes en Estados Unidos y una prevalencia de 5 a 13 casos por millón al año. Se trata de un grupo de enfermedades caracterizadas por depósito incontrolado de proteína amiloide que afecta a múltiples órganos (hígado, riñón, ojos, sistema nervioso, tracto gastrointestinal) incluyendo el corazón en un 50-65% de los casos, aumentando eventualmente la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Las dos más comunes son la amiloidosis monoclonal de cadena ligera (AL) y la transtirretina (ATTR) 1-6. En el caso de la ATTRwt, conduce al depósito de amiloide cardíaco en pacientes, generalmente después de su sexta década de vida, habiéndose demostrado en autopsias que el 25% de las personas mayores de 80 años tienen su miocardio infiltrado por depósitos de amiloide TTR. Se presenta por tanto como una forma rara de miocardiopatía restrictiva difícil de diagnosticar y asociada con elevada frecuencia a un mal pronóstico. Debería sospecharse de presencia de AC en pacientes con diagnóstico de fallo cardíaco con fracción de eyección preservada, hipertrofia ventricular izquierda no justificada y afectación multiorgánica, siendo estas las principales causas de la miocardiopatía restrictiva, puesto que se han detectado síntomas cardíacos en el 20% de los casos identificados. La investigación emergente está arrojando buenos resultados en dianas terapéuticas que han demostrado reducciones significativas en mortalidad y hospitalización cardiovascular en pacientes con ATTR cardiomiopatía, suponiendo la estabilización del paciente. Por ello, los esfuerzos dedicados al diagnóstico cobran, si cabe, cada vez más relevancia. Los diagnósticos médicos generalmente están fundamentados en patrones aprendidos durante la práctica clínica, basados en pacientes de los propios entornos asistenciales, perdiendo la ventaja que ofrece la tecnología al analizar datos de acuerdo al conocimiento latente y los patrones presentes en los datos registrados en las historias clínicas electrónicas.

La implantación de los registros de salud electrónicos (HCE) ha despertado, en este campo, un interés generalizado por los investigadores clínicos, puesto que el uso completo y extenso de los conjuntos de datos clínicos ofrece un gran potencial para transformar el sistema de salud. Según el modelo presentado por Lekan et al (2017), es posible definir una estrategia basada en la identificación de palabras concurrentes con el objetivo de determinar la semántica latente en los temas dentro del texto, habiéndose demostrado su éxito en la clasificación de pacientes con riesgo de mortalidad con una alta precisión.

OBJETIVOS: Identificar parámetros clínicos en datos estructurados y no estructurados influyentes en el diagnóstico de AC, a través de la historia clínica informatizada de enfermería y medicina.

METODOLOGÍA: Investigación-acción con la implicación de profesionales sanitarios.

Sujetos de estudio: geriatras, cardiólogos, internistas, farmacéutico, enfermeras de varias unidades de un centro hospitalario con implantación de historia clínica (HC) electrónica de 20 años de antigüedad. Selección de los sujetos por muestreo por propósito.

Dimensiones y variables de estudio: Se recogieron variables sociodemográficas y se definieron, en base a la evidencia científica, publicada sobre el tema variables clínicas derivadas de la valoración, pruebas complementarias, diagnóstico, tratamiento prescrito y evolutivos, siendo la evaluación y seguimiento de enfermería y facultativos especialistas claves en la identificación durante la práctica clínica de posibles casos no diagnosticados de AC; "red flags" en la identificación de pacientes con AC. Los diagnósticos médicos se recogieron a través de las taxonomías CIE-9 y CIE-10, y las variables correspondientes al proceso de atención de enfermería a través de la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

Recogida de información: se llevaron a cabo dos grupos focales con guión semi-estructurado. En cada sesión, de dos horas de duración, participaron todos los sujetos de estudio y dos investigadores del proyecto además de un experto en ciencia de datos.

En la primera sesión, se llevó a cabo una identificación de variables y conceptos reflejados en la historia clínica tanto de forma estructurada como no estructurada en evolutivos médicos y de enfermería. Una vez recogida la información, los científicos de datos comenzaron a trabajar con la base de datos. Se llevó a cabo una segunda sesión para re-definir las variables previamente seleccionadas, en base a la presencia de las mismas en los historiales analizados y su peso en el diagnóstico.

Análisis de la información: Análisis temático siguiendo el proceso descrito por Braun et al.(2006); es compatible e independiente de cualquier tipo de teoría o epistemología que se utilice.

RESULTADOS: Se identificaron datos estructurados registrados en la HC compatibles con un diagnóstico de AC, categorizándolos del siguiente modo:

- Síntomas extracardíacos: mieloma múltiple, gammapatía monoclonal, cardiopatía isquémica, infarto agudo de miocardio, ictus, accidente isquémico transitorio, hemiparesia, hemiplejía, SNC (demencia progresiva, dolor de cabeza, ataxia, convulsiones, paresia espástica), síndrome del túnel carpiano, estenosis de canal medular, rotura del tendón del bíceps, polineuropatía sensitivo motora bilateral, afectación ocular (glaucoma, depósitos intravítreos, degeneración macular, pupila festoneada, opacidad vítreo, púrpura periorbitaria).

- Síntomas cardíacos: fibrilación auricular, arritmia, extrasístole, hipertensión arterial, estenosis aórtica, insuficiencia cardíaca, fallo cardíaco, miocardiopatía restrictiva, insuficiencia cardíaca congestiva, edema agudo de pulmón, derrame pericárdico, taponamiento cardíaco.

Se identificaron también datos no estructurados reflejados en los evolutivos de enfermería y médicos:

- Signos y síntomas (campos no estructurados, en evolutivos en texto libre): mareo, síncope, presíncope, pérdida de conocimiento, cansancio, debilidad generalizada, macroglosia, mal sabor de boca, cambio de voz, dolor en la boca, quemazón, disfonía, ortopnea, no tolerancia a sedestación, dificultad respiratoria, fatiga, aumento de ruidos respiratorios, desaturación nocturna, tos nocturna, disnea nocturna, disnea de esfuerzo, fatiga, sensación de ahogo, dolor torácico, caídas, inestabilidad, edemas maleolares, piernas edematizadas, distensión abdominal, dolor hipocondrio derecho, malestar abdominal, abdomen globulosos, timpanismo, ascitis, íleo parálitico, cuadro confusional, agitación, neuropatías (piernas inquietas, hormigueos en manos/pies, calambres, acorchamiento). Piel (hematomas, fragilidad capsular, uñas quebradizas), aparato digestivo (poca ingesta, pérdida de peso no intencional, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento grave)

Se identificaron todos ellos como “red flags” para la identificación de casos infradiagnosticados mediante algoritmos de clasificación. Con las variables seleccionadas, se creó un vector de características que define al paciente con AC en cada visita al centro sanitario y que permite entrenar el algoritmo diagnóstico o realizar análisis cuantitativos.

Una vez procesada la información, del análisis cuantitativo de las características obtenidas se extrajeron correlaciones entre variables y grupos de variables con la enfermedad. Estos grupos de palabras están relacionadas entre sí, y como grupos están relacionadas a su vez de forma diferente con la enfermedad. En presencia de correlaciones la reducción dimensional es favorable para un posible algoritmo diagnóstico.

Analizadas las 100 variables con mayor correlación con el diagnóstico de amiloidosis, resulta de interés la aparición de red flags compatibles con los síntomas y signos identificados por los expertos, relacionados con síntomas cardíacos principalmente y las características del vector creado. Aparecen además nuevos red flags que podrían incorporarse a la toma de decisiones.

Resulta de interés la aparición de red flags compatibles con los síntomas identificados por los expertos, principalmente asociados a síntomas cardíacos y neurológicos y a las características del vector creado. Aparecen también nuevos red flags que podrían incorporarse a futuro en la toma de decisiones.

CONCLUSIONES: El listado de variables procedente de la evidencia científica se enriqueció con la perspectiva de los profesionales sanitarios, y especialmente a través de los diagnósticos y evolutivos de enfermería, siendo estos últimos destacables en la detección de conceptos clave. Las variables clínicas de mayor frecuencia fueron la tensión arterial elevada, la obstrucción cardíaca, arritmia, ictus, fibrilación atrial, alteraciones del sistema nervioso central, fallo cardíaco. El tratamiento más frecuente fueron los anticoagulantes y la prueba complementaria más habitual el ecocardiograma.

DISCUSIÓN: El análisis de datos masivos derivados de la historia clínica de enfermería permite identificar parámetros clínicos (signos y síntomas) que contribuyan al diagnóstico enfermero y fisiopatológico de diferentes afecciones. Esto favorecerá la detección precoz de las mismas, mejorando a su vez la morbimortalidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Gillmore JD, Maurer MS, Falk RH, et al. Nonbiopsy diagnosis of cardiac transthyretin amyloidosis. *Circulation*. 2016;133(24):2404-2412. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021612

2. Rigopoulos AG, Ali M, Abate E, et al. Advances in the diagnosis and treatment of transthyretin amyloidosis with cardiac involvement. *Heart Fail Rev*. 2019;24(4):521-533.
3. Gertz MA, Mauermann ML, Grogan M, Coelho T. Advances in the treatment of hereditary transthyretin amyloidosis: A review. *Brain Behav*. 2019;9(9):1-13. doi:10.1002/brb3.1371
4. Halawa A, Woldu HG, Kacey KG, Alpert MA. Effect of ICD implantation on cardiovascular outcomes in patients with cardiac amyloidosis: A systematic review and meta-analysis. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2020;31(7):1749-1758. doi:10.1111/jce.14541
5. Macedo AVS, Schwartzmann PV, de Gusmão BM, Melo MDT de, Coelho-Filho OR. Advances in the Treatment of Cardiac

Amyloidosis. *Curr Treat Options Oncol.* 2020;21(5). doi:10.1007/s11864-020-00738-8

6. Agibetov A, Seirer B, Dachs T-M, et al. Machine Learning Enables Prediction of Cardiac Amyloidosis by Routine Laboratory Parameters: A Proof-of-Concept Study. *J Clin Med.* 2020;9(5):1334. doi:10.3390/jcm9051334

7. Mircsof D. Diagnosis of Amyloidosis: A Survey of Current Awareness and Clinical Challenges Among Cardiologists in Switzerland. *Cardiol Ther.* 2020;9(1):127-138. doi:10.1007/s40119-019-00160-8

8. Bhogal S, Ladia V, Sitwala P, et al. Cardiac Amyloidosis: An Updated Review With Emphasis on Diagnosis and Future Directions. *Curr Probl Cardiol.* 2018;43(1):10-34. doi:10.1016/j.cpcardiol.2017.04.003

9.- Garg P, Gupta R, Hsi DH, Sheils LA, DiSalle MR, Woodlock TJ. Hypertrophic cardiomyopathy and symptomatic conduction system disease in cardiac amyloidosis. *South Med J* 2006;99(12):1390-1393.

Mesa de Comunicaciones 5: Práctica Clínica

Concurrent Session 5: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Ernestina Silva, Maria do Céu Cruz, Márcia Santos, Daniel Silva

TÍTULO/TITLE:

Satisfacción de los padres de niños con el triaje realizado por enfermeras en urgencias

Objetivos:

El proceso de la triaje en el servicio de urgencias consiste en un sistema de prioridad de los enfermos, donde se hace una selectividad a través de un conjunto de criterios, señalando de manera rápida aquellos que se encuentran en situación de riesgo de vida, de manera a traducir fidedignamente la urgencia efectiva de los cuidados (Cabrera, 2017). Este proceso permite integrar al enfermo en el área del tratamiento más adecuada a su situación, involucrando a las personas, comunicación y optimización de los recursos (Hitchcock, Gillespie, Crilly, & Chaboyer, 2013).

Dippenaar y Brujins (2016) consideran que el enfermero que hace el triaje es un elemento clave en el servicio de urgencias y los sistemas de triaje han evolucionado para ayudar en la toma de decisiones, permitiendo la priorización de manera más precisa y basada en la real urgencia del enfermo. Es fundamental evaluar la apariencia general, estado mental, señales vitales e indicadores hemodinámicos que determinan la integración del enfermo en una posición del flujograma de manera a la toma de decisiones. Una comunicación eficaz y la coordinación entre los varios elementos del equipo y también con los padres y el niño, son indispensables dentro del ambiente de una urgencia (Hitchcock et al., 2013; Cabrera, 2017; Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2018; Magalhães-Barbosa, Robaina, Prata-Barbosa, & Lopes, 2017).

La pesquisa que explora la satisfacción del enfermo con el triaje realizada por los enfermeros en un servicio de urgencia aun es poca y con resultados un poco inconsistentes (Rehman & Ali, 2016).

Así, el objetivo de este estudio consiste en identificar la satisfacción de los padres con relación al proceso de triaje de sus hijos realizado por las enfermeras en el departamento de emergencias pediátricas.

Método:

Definimos como cuestión orientadora: ¿cuál la satisfacción de los padres con relación al proceso del triaje de sus hijos realizado por las enfermeras en el departamento de emergencia pediátrica. Para contestar a la cuestión de investigación realizamos un estudio cualitativo, tipo exploratorio descriptivo. La muestra es no probabilista y consta de 10 padres.

El número de participantes no fue estipulado a priori, ha sido establecido a lo largo del estudio según el criterio de saturación de datos.

Se consideran como criterios de inclusión ser padres de niños con edades comprendidas entre 1 mes y 5 años y que estuviesen presentes durante el proceso de triaje realizado por una enfermera en el departamento de emergencias pediátricas en un Hospital Pediátrico de Portugal. La recoja de los datos se realizó a través de entrevistas semiestructuras y grabación de audio. Se obtuvo la opinión ética favorable de la institución y el consentimiento informado por escrito de los padres. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos. Se realizó un análisis de contenido de datos en tres fases: pre análisis, con exploración del material y tratamiento de los resultados – la interferencia y la interpretación (Bardin, 2014). Iniciamos con la transcripción de las entrevistas para un documento word, siguiendo la lectura fluctuante. Pasamos a la escoja de categorías, que emergían de una cuestión orientadora, y a la organización de las mismas en indicadores. Fueran elegida las unidades de registro por recorte a las características comunes. Del contaje de la frecuencia de los discursos resultan las unidades de enumeración.

Resultados:

Caracterización sociodemográfica: Los participantes fueran ocho madres y dos padres, con edad máxima de 50 años y mínima de 19 años, con media de 33 años. Con relación a la escolaridad, dos tienen escolaridad inferior al 12º curso, cinco concluyeran el 12º curso y tres tenían un grado de licenciatura.

Para organizar la presentación de los resultados, consideramos las categorías que emergieron del análisis del contenido efectuado y para ilustrar recorrimos a algunos fragmentos de las expresiones de los participantes.

Conocimiento de los padres sobre el proceso de triaje

En esta categoría constatamos que los padres han demostrado una falta de conocimiento sobre el proceso del triaje, concretamente sobre el profesional que realiza el triaje y el objetivo del proceso de triaje. Son ejemplos las afirmaciones “no tengo ni idea de quien

hace el triaje. No sé si es enfermera, pero es posible que sea una enfermera...” (E3). “Pienso que sean enfermeros... pienso, no estoy segura si son enfermeros si son técnicos” (E4). Pero, siete de los encuestados afirmaron sin hesitación que son enfermeros. En cuando al objetivo del proceso de triaje las expresiones de la mayoría de los encuestados reconocen como una fase de recoja y transmisión de información al médico: “...es entender que síntomas tiene mi hija, qué es lo que la trae acá... más específicamente, para que después los transmitan al médico que la vaya a ver...” (E2); “...es importante para que sepan los datos del niño. Cuando nosotros pasamos para la consulta... ya sabemos lo que se pasa más o menos, ya pueden enviar para el médico para que esté más por dentro del asunto” (E6).

Competencias de los enfermeros que realizan el triaje

Los padres reconocen diversas competencias clínicas, psicosociales y personales de la enfermera que realiza el triaje. Son ejemplos algunas afirmaciones: “Yo creo que ellos intentan ver realmente que pasa con ella, porque yo puedo estar a ver una cosa, y ellos como son del área, ven y analizan las cosas de otra manera...” (E7); “Y después la competencia... para ver que es lo que le pasa a hacer la lectura de aquello que le estoy diciendo yo” (E9). Fueran valorizadas también las competencias de comunicación, como la empatía, escucha activa y la relación de ayuda: “Son personas muy empáticas que consiguen cautivarlos y que consiguen que ellos colaboren, mismo si están mal...” (E2, E3, E6, E7); La interacción que ellos tienen con ella es importante... hablar para ella mismo para que ella lo entienda” (E3, E9); “...esa atención, esa sensibilidad, ese tato en la interacción con mi hijo. Son cuidadosos y prestables” (E10); “Saben oír lo que tenemos para decir, o alguna duda y están allí con atención, enfocados en aquello que están a hacer en ese momento...” (E5, E8, E9).

Satisfacción con la actuación del enfermero en el triaje

En esta categoría constatamos que los factores que influyen positivamente en la satisfacción fueron: la seguridad ″ confianza transmitida, la actitud afectiva ″ acogedora, la rapidez en la atención y la presencia constante de la enfermera. Algunas de las verbalizaciones son: “...intentó percibir... después pasó muy bien para el médico y me dio otro tipo de confianza” (E2, E7); La enfermera hoy fue muy amable. No, no tengo nada que apuntar...” (E4, E9); “...fue siempre todo relativamente rápido (E7, E8, E10); Pueden estar cuatro o cinco niños, pero está siempre alguien... está siempre una enfermera con mi hija” (E3).

Los aspectos que influyen negativamente en la satisfacción fueran: una actitud de indiferencia hacia la situación, el tiempo dedicado al triaje, la prioridad considerada injusta y la interrupción del triaje por razones ajenas al proceso. Algunas de las expresiones referidas pasan por “...la arrogancia o la manera como nos abordan pues hay profesionales que están agotados y después descargan sobre nosotros” (E7); “...si yo siento que el enfermero esta maldispuesto o si contesta de malos modos, eso déjame luego nerviosa” (E10). Mucho menos expresivo fueran los indicadores tiempo dedicado al triaje en que uno de los padres refiere: “Cuando hay mucha gente, no hacen el mismo atendimento... es todo más rápido” (E2); la prioridad considerada injusta: “La prioridad que ellos atribuyen a mi hijo, a veces no es lo que yo pienso que deberían atribuir, pues estoy hace horas esperando, tiene estado con fiebres altas...” (E4). El indicador interrupción del triaje por razones ajenas al proceso emerge de la afirmación: “Cuando están a atender a mi hijo, a veces viene alguien y comienzan a hablar de otros niños que está allí dentro y eso desencadena desconcentración...” (E4).

Discusión:

A pesar de que el triaje en los servicios de urgencia es una función mayoritariamente ejecutada por enfermeros (Edwards, 2013) y en Portugal está implementada hace muchos años, los participantes demostraran una falta de conocimiento sobre el proceso de triaje y en particular de quien realiza el triaje. Este aspecto puede estar relacionado con insuficiente literacia en la salud y puede aún estar relacionado, entre otros aspectos, como bajo nivel de comprensión y conocimientos sobre los servicios de prestación de cuidados en la salud (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

Las competencias clínicas, psicosociales y personales de los enfermeros fueran reconocidas por los padres, lo que evidencia el perfil de competencias de la enfermera especialista definida por el Consejo de Enfermería portugués (Regalamiento n˚422 ″2018). El proceso del triaje se basa en la toma de decisiones clínicas de la enfermera y es fundamental demostrar

habilidades técnico-científicas, de comunicación, éticas y legales que permitan la resolución de problemas y la gestión de situaciones complejas. Rehman y Ali (2016) describen como competencias determinantes para la satisfacción de los enfermos con el triaje realizada por los enfermeros, la comunicación, el cuidado, las habilidades técnicas realizadas, lo demostrar preocupación con los enfermos, capacidad en fornecer información para los cuidados después de tener alta y la educación para la salud. De hecho, la evaluación clínica del niño y la atribución de prioridades exigen conocimientos, intuición, pensamiento crítico y experiencia profesional (Brunt, 2014); Amthauer & Cunha 2016; Dippenaar & Bruijns, 2016).

Las competencias psicosociales y personales fueran valorizadas y la escucha activa, oír las preocupaciones de los padres, empatía, tranquilización bien como aclaramiento sobre la situación clínica y el sistema del triaje por prioridades. Estos aspectos fueran constatados también por Pinto y Silva (2013) como teniendo influencia en la reducción del stress parental y del fortalecimiento de la humanización de los cuidados en los servicios de urgencia con impacto también en la satisfacción general (Fitzpatrick et al. 2014). Sin embargo, los padres mencionan aspectos negativos y que afectan a la satisfacción, tales como el tiempo dedicado al triaje. Los manuales sobre triaje explican que el enfermero debe de ser capaz de triar en un periodo de tres a cinco minutos (Edwards, 2013) y evitar conversaciones largas y el registro exhaustivo de historias.

Si destaca la satisfacción con la triaje realizado por el enfermero y los cuidados de enfermería prestados en el servicio de urgencia, relacionadas con las competencias y el profesionalismo, datos esos consistentes con los de Rehman y Ali (2016) y Fitzpatrick et al. (2014).

Consideramos como limitaciones de este estudio los discursos de las encuestas que van allá de las cuestiones colocadas y la repetición de algunos temas referidos por los padres. Los resultados repártanos a las experiencias de los encuestados y en una institución específicas no pudiendo ser generalizados. Se propone la realización del estudio en mayor número de instituciones y con más participantes de forma a comprender mejor la satisfacción de los padres con el proceso de triaje.

Como contribuciones para la práctica fue importante dar a los padres la oportunidad de expresar su experiencia sobre la satisfacción con relación al proceso del triaje de sus hijos realizados por enfermeras. La satisfacción de los enfermos/acompañantes y de los profesionales de salud es un importante indicador de calidad y los discursos de los padres constituyen pistas de reflexión para la tomada de consciencia y para implosionar algunas medidas que contribuyan para la mejoría continua de la prestación de cuidados de enfermería en los servicios de emergencia pediátrica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Amthauer, C., & Cunha, M. L. C. (2016). Sistema de triagem de Manchester: Principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(e2779), 1-7.
- Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brunt, B. A. (2014). *Nursing professional development competencies: Tools to evaluate and enhance educational practice*. Danvers, United States of America: HCPro. ISBN: 978-1-55645-079-2
- Cabrera, J. A. A. (2017). *Triagem de Manchester, que futuro?*. (Monografia do Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.
- Dippenaar, E., & Bruijns, S. (2016). Triage is easy, said no triage nurse ever. *International Emergency Nursing*, 29, 1–2.
- Edwards, T. A. (2013). *The art of triage*. New York: Nova Science Publishers.
- Fitzpatrick, N., Breen, D., Taylor, J. O., Paul, E., Grosvenor, R., Heggie, K., & Mahar, P. D. (2014). Parental satisfaction with paediatric care, triage and waiting times. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 26(2), 177–182.
- Hitchcock, M., Gillespie, B., Crilly, J., & Chaboyer, W. (2013). Triage: An investigation of the process and potential vulnerabilities. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1532–1541.
- Magalhães-Barbosa, M. C., Robaina, J. R., Prata-Barbosa, A., & Lopes, C. D. S. (2017). Validity of triage systems for paediatric emergency care: A systematic review. *Emergency Medicine Journal*, 34(11), 711-719.

- Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2018). Norma nº 002/2018 de 09/01/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. Lisboa: DGS.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 34(3), 259–275
- Pinto, S., & Silva, E. (2013). Qualidade e satisfação com o serviço de urgência pediátrica: A perspetiva dos acompanhantes das crianças. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 95–103.
- Regulamento nº 422/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. [Portugal]. *Diário da República*, 2(133), pp. 19192-19194
- Rehman, S. A., & Ali, P. A. (2016). A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments. *International Emergency Nursing*, 29, 38-44.

AUTORES/AUTHORS:

CARLA URCAREGUI SALÁN, YARA MARTIN BAYO, JAVIER DE PABLOS GIL, VERÓNICA VELASCO GONZÁLEZ

TÍTULO/TITLE:

ENFERMERÍA: CALIDAD ASISTENCIAL Y GRADO DE PERSONALIZACIÓN DEL CUIDADO PERCIBIDA POR PACIENTES HOSPITALIZADO

OBJETIVOS:

Determinar la calidad asistencial y el grado de personalización del cuidado percibido por los usuarios de Enfermería de la planta de hospitalización Angiología y Cirugía Vasculár del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).

MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años dados de alta de la planta de hospitalización Angiología y Cirugía Vasculár del HCUV durante Febrero y Marzo de 2020. Se distribuyó el cuestionario sobre calidad percibida adaptado y validado para Enfermería de Barragán y Manrique (1), y el cuestionario auto-administrado Índice de Personalización de Cuidados (IPC) (2). Se calculó, para variables cuantitativas: media y desviación estándar (DE), y para las cualitativas: porcentajes y frecuencias. Estudio sin conflicto de intereses, autorizado por CEIm (PI 19-1568).

RESULTADOS

De las 30 encuestas, el 53,3% (n=16) fueron cumplimentadas por hombres. La media de edad fue de 67,9 (DE \pm 14,6) años, con un rango entre 33 y 94.

La calidad de la atención enfermera obtuvo una puntuación media de 4,27 sobre 5 (DE \pm 0,79). El 73,3% afirmó que recomendaría el hospital por la atención recibida. El ítem peor valorado fueron las habitaciones, puntuadas negativamente por un 36,6% (n=11).

Los usuarios afirmaron que la información proporcionada por las enfermeras [50,0% (n=15)], su disposición para ayudarles [56,7% (n=17)], la confianza transmitida [56,7% (n=17)], su preparación para desempeñar su trabajo [56,7% (n=17)], la capacidad para comprender sus necesidades [50,0% (n=15)] y el trato personalizado [53,3% (n=16)], fueron mucho mejor de lo esperado.

En cuanto al IPC se obtuvo una puntuación media de 5,80 sobre 7 (DE \pm 1,45). El 96,7% (n=29) afirmó que la enfermera se presentó como responsable de sus cuidados, y un 90% (n=27) haber sido entrevistado para conocer los aspectos relacionados con el cuidado de su salud y el 80% (n=24) aseveró haber sido preguntado sobre aspectos específicos de su cuidado. Sólo un 3% (n=10) identificó diferencias en los cuidados por parte de las enfermeras responsables.

DISCUSIÓN

La satisfacción de los usuarios es uno de los elementos clave de la atención sanitaria. Es importante y necesario que los profesionales de la salud, en este caso el equipo de Enfermería, conozca y comprenda la opinión del paciente acerca de los servicios, atenciones y cuidados que recibe (3-4), identificando así aquellas áreas y aspectos en los que se debe trabajar para

mejorar (5-6).

Acorde con los resultados, la puntuación media obtenida indica que los pacientes a estudio perciben un alto grado de calidad asistencial y medio-alto de personalización del cuidado.

Las competencias de Enfermería se valoraron positivamente, esto confirma que Enfermería trabaja por y para el paciente, aplicando los cuidados de la forma más personalizada posible, acorde con el ritmo de trabajo.

El ítem peor valorado, respecto a las instalaciones del hospital, indica que la satisfacción del paciente es un concepto multidimensional (3).

Los resultados también afirman la importancia de los protocolos de acogida al paciente en la unidad de hospitalización, produciendo un aumento del grado de confianza en el equipo de Enfermería.

En conclusión, los usuarios de la planta a estudio perciben una alta calidad asistencial y un grado medio-alto en la personalización de los cuidados. Para obtener resultados más fiables sería interesante realizar el estudio con un mayor tamaño muestral durante un mayor periodo de tiempo.

IMPLICACIONES A LA PRÁCTICA CLÍNICA:

Este estudio constituye una herramienta de análisis y una oportunidad de mejora. Los resultados deben tomarse como base para crear nuevas formas de actuación que fortalezcan las debilidades, con el fin de aumentar la satisfacción del paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. López-Medina A: Me A-A, Castillo S-, Aj U-C, Reyes-Muelas P. Personalización Enfermera. Calidad percibida por los pacientes de salud mental del Hospital de Poniente. 2010; 1338–46.
2. Borré Ortiz YM, Vega YV. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. Cienc y Enferm. 2014; 20(3):81–94.
3. Mira JJ, Rodríguez J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. Rev. Calidad Asistencial 2000;15:36-42
4. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev. Calidad Asistencial 2002; 17: 22-9.
5. Anguera Guinovart Esperança, Martínez Bateman Francisca. Estudio multicéntrico sobre la calidad asistencial percibida por los pacientes en programa de hemodiálisis de Tarragona. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2011; 14(3): 172-180.
6. Carrión-Bolaños MI, et al. Calidad percibida por los pacientes en un hospital de agudos, medida a través de encuestas. Rev Calidad Asistencial 2003;18(1):39-45.

Mesa de Comunicaciones 6: Enfermería y formación de profesionales

Concurrent Session 6: Nursing and training of professionals

AUTORES/AUTHORS:

Esther Bahillo Ruiz, Fátima María Laborda Higés, Hugo Bello Gutierrez, Nola Palomar Ciria, Marcos Cebolla Pola, María Lourdes Jiménez Navascues

TÍTULO/TITLE:

Resiliencia - Ansiedad de estudiantes de enfermería "asistentes sanitarios - Pandemia Covid-19"

Justificación: La pandemia provocada por el COVID-19 ha modificado la docencia adaptándose a una modalidad no presencial incrementando el estrés académico afectando a la adquisición de conocimientos y habilidades de los estudiantes pudiendo provocar un afrontamiento ineficaz de la situación. La resiliencia implica afrontar eficazmente las situaciones adversas adaptándose a las circunstancias y saliendo fortalecido de manera que se adquieran mayores habilidades y competencias.

Objetivo: Analizar la relación de datos sociodemográficos, ansiedad y resiliencia de los estudiantes cuarto curso de enfermería.

Población: Estudiantes de cuarto de enfermería matriculados en el Practicum III del Grado de Enfermería de Soria (Universidad de Valladolid).

Metodología: Estudio mixto cuantitativo-cualitativo: análisis descriptivo de los datos comparando niveles de ansiedad y resiliencia, medidas de dispersión y técnicas de análisis topológico de datos y de los componentes principales. Análisis cualitativo de las percepciones.

Los datos se recogen mediante un cuestionario autoadministrado online valorando datos sociodemográficos, variables laborales, escala de medición de resiliencia (RS-14), escala STAI de medición de la ansiedad y preguntas abiertas sobre la experiencia vivida. En este estudio se consideran y respetan los principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones. La encuesta será totalmente anónima y los datos se tratarán únicamente a modo colectivo y con absoluta confidencialidad, no se emplearán con fines distintos a los de esta investigación.

Resultados y Discusión:

Muestra total: 23

Cuantitativos: La escala STAI evalúa la ansiedad como estado (condición emocional ante una situación) y como rasgo (propensión de la persona a manifestarla). Tras la recogida de datos obtenemos que 14 de los participantes de la muestra presentan un alto estado de ansiedad y 6 un estado medio, no habiendo ningún participante con bajo estado de ansiedad ante la situación de pandemia. Respecto el rasgo de ansiedad los resultados fueron variables siendo mas representativo el nivel mas bajo manifestado por 8 de los participantes.

Existe una relación significativa entre los resultados sobre ansiedad y resiliencia una vez comparamos las dos escalas. El estudio demuestra que un estado/rasgo de ansiedad bajo coincide con resultados altos en el test de resiliencia. Además, se ve que valores mayores en la escala de resiliencia se corresponden con niveles mas bajos de ansiedad.

Cualitativos: Se identifican tres categorías en los relatos escritos sobre las percepciones de los estudiantes:

1. Sentimientos y emociones: predominando las negativas tales como: agobio, ansiedad, miedo, angustia, estrés, impotencia, incertidumbre...
2. Percepciones negativas de la situación vivida: soledad, enfermedad, complejidad, aislamiento familiar, enfrentarse a la muerte (personal, familiar y de pacientes), falta de recursos, irresponsabilidad.
3. Percepciones positivas de la situación vivida: aprendizaje personal y profesional (mejor capacidad de afrontar situaciones, toma de decisiones, profesionalidad...), apoyo familiar, satisfacción personal, reflexión-nuevas prioridades personales, oportunidad, solidaridad, conocerse mejor, sentirse útil.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

XXIV Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Online 2020. - 24th International Nursing Research Conference. Online 2020.

AUTORES/AUTHORS:

MARÍA CRISTINA BERNEDO GARCÍA, ENEDINA QUIROGA SANCHEZ, BEATRIZ BLANCO GONZALEZ, MARÍA ELENA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, CRISTINA LIÉBANA PRESA, NATALIA ARIAS RAMOS, ÓLIVER PÉREZ CAMPELO

TÍTULO/TITLE:

PRINCIPALES ESTRESORES DURANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: UNA APROXIMACIÓN DESCRIPTIVA

Introducción: El estrés es considerado un problema de salud pública que afecta prácticamente a toda la población a nivel mundial (1). Los autores Lázarus y Folkman en 1986, definieron el estrés psicológico como “el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. Para estos autores el estrés deja de ser un estímulo o una respuesta fisiológica o emocional, para convertirse en un proceso en el cual la relación entre el individuo y su medio se define como estresante en términos de la interacción dinámica de dos procesos básicos: la valoración cognoscitiva que cada persona hace sobre las demandas ambientales, y las estrategias de afrontamiento con que cuenta para hacer frente a dichas demandas(2).

La transacción a la universidad supone un cambio drástico en la vida del estudiante, ya que debe adaptarse a nuevas normas, responsabilidades y demandas en un ambiente de mayor competitividad. Este cambio supone una pérdida de control sobre su estilo de vida, enfrentándose a diversos estresores relacionados con los horarios, las relaciones con los profesores, los exámenes, la incertidumbre hacia el futuro pudiendo desencadenar problemas emocionales, cognitivos y fisiológicos (3-4).

Los estudiantes de enfermería son considerados uno de los colectivos más vulnerables a padecer estrés, en comparación con otras titulaciones (5,6). Las asignaturas de prácticum son esenciales en su formación, ya que les permite poner en práctica el conocimiento teórico, las habilidades y actitudes del rol enfermero (7). Los estudiantes deben ser capaces de establecer relaciones interpersonales, manejar sus emociones e implicarse en las tareas con el fin de ofrecer unos cuidados de calidad. Nuestro objetivo fue analizar la percepción de estrés de los estudiantes de Grado en Enfermería durante el desarrollo de sus prácticas clínicas.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fueron los alumnos de segundo, tercero y cuarto curso de Grado en Enfermería del Campus de Ponferrada (Universidad de León) matriculados en el curso académico 2018/2019. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario online “ad hoc” autoadministrado constituido por datos sociodemográficos y el cuestionario bilingüe (castellano/euskera) KEZKAK(8). Se trata de un instrumento creado y validado internacionalmente para medir específicamente los estresores que presentan los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS-v25. Para la realización de esta investigación se solicitó permiso al Comité de Ética de la Universidad de León.

Resultados: La muestra estuvo constituida por un total de 73 estudiantes universitarios; siendo el 87,7% de los participantes del género femenino. La media de edad fue de 22,01 años. El 32.9% de los estudiantes pertenecían a segundo, el 46.6% a tercero y el 20.5% a cuarto de enfermería; de los cuales el 41.1% eran de Ponferrada. La puntuación media de la percepción de estrés fue de 1.89, manifestando estrés un 78.1% de la muestra. Los principales factores estresores percibidos en las prácticas clínicas fueron: “impotencia e incertidumbre”, “falta de competencia”, “no controlar la relación con el enfermo”, “implicación emocional”, “sobrecarga”, “dañarse en la relación con el enfermo”, “contacto con el sufrimiento”, “relación con tutores y compañero” y “el enfermo busca una relación íntima”. Las mujeres presentaron puntuaciones más elevadas en cada una de las dimensiones del KEZKAK, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en cuatro de las nueve dimensiones. Los estudiantes procedentes de fuera de Ponferrada percibieron mayores tasas de estrés (52.6% vs 47.4%, $p = .040$). En relación al curso académico los alumnos de segundo, tercero y cuarto presentaron puntuaciones totales medias de estrés de 1.85, 1.90 y 1.93 respectivamente.

Discusión: Los estudiantes de Grado en Enfermería presentaron percepción de estrés durante el desarrollo de sus prácticas clínicas.

Las mujeres alcanzaron puntuaciones más elevadas (9,10); justificándose esto, debido a que experimentan más síntomas emocionales y físicos ante los estresores diarios. Los alumnos de fuera de Ponferrada mostraron niveles más altos de estrés, al ver disminuida su red de apoyo familiar y social(11). Con respecto al curso académico la puntuación global media de estrés fue aumentando ligeramente de segundo a cuarto curso(12). En el último curso realizan sus prácticas en servicios especiales (UCI, urgencias, quirófano...), siendo servicios con una gran carga de estrés. Los alumnos de cuarto se encuentran más próximos a terminar su formación académica y por lo tanto a la incorporación al mundo laboral, tomando conciencia de las responsabilidades que va a conllevar el rol profesional (13).

Esta investigación proporciona una idea de las principales fuentes estresoras a las que se enfrentan los estudiantes de enfermería durante el desarrollo de las prácticas clínicas. El desarrollo de estrategias de afrontamiento nos permitirá minimizar el estrés y mejorar el bienestar del estudiante.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Al-Lamki L. Stress in the Medical Profession and its roots in Medical School. Sultan Qaboos University Medical Journal. 2010; 10(2), 156-159.
2. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
3. Fernandes FG, Nunes L, Di Ciero M, Áfio J. Assessment of stress in the inclusion of nursing students in hospital practice. Investigación y Educación en Enfermería. 2014; 32(3), 430-437.
4. Vizoso CM, Arias O. Engagement, burnout y rendimiento académico en estudiantes universitarios y su relación con la prioridad en la elección de la carrera. Revista de Psicología y Educación. 2016; 11(1), 45-60.
5. Toribio-Ferrer C, Franco-Bárceñas S. Estrés académico: el enemigo silencioso del estudiante. Revista Salud y Administración. 2016; 3(7), 11-18.
6. López F, López MJ. Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Ciencia y Enfermería. 2011; 17(2), 47-54.
7. Al-Gamal E, Alhosain A, Alsunaye K Stress and coping strategies among Saudi nursing students during clinical education. Perspectives in Psychiatric Care. 2018; 54(2), 198–205.
8. Zupiria X, Uranga MJ, Alberdi MJ, Barandiaran M. KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Gaceta Sanitaria. 2003; 17(1), 37-51.
9. De Dios M J, Varela I, Braschi L, Sánchez E. Stress in nursing students. Revista Cubana de Educación Médica Superior. 2017; 31(3), 110-123.
10. Bahadır-YıImaz E. Academic and clinical stress, stress resources and ways of coping among Turkish first-year nursing students in their first clinical practice. Kontakt. 2016; 18(3), 145-151.
11. Belhumeur S, Barrientos-Segura A, Retana-Salazar AP. Niveles de estrés de la población estudiantil en Costa Rica. Diferencias en función de las variables nivel socioeconómico, rendimiento académico, nivel académico y zona geográfica. Psychology, Society & Education. 2016; 8(1), 13-22.
12. López JM, Orbañanos L, Cibanal ML. Identificación de estresores en las prácticas clínicas y evolución de los mismos en una promoción de alumnos de enfermería. Sanidad Militar. 2013; 69(1), 13-21.
13. Arias LY, Montoya LI, Villegas AF, Rodríguez MA. Estresores en las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería de una universidad pública en Colombia. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2018; 20(1).

AUTORES/AUTHORS:

Olga Valentim, Ana Vanessa Antunes, Cristiana Firmino, Luís Sousa, Lídia Moutinho, Fátima Frade

TÍTULO/TITLE:

Percepción de los estudiantes en la Integración de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas-RNAO en el curso de enfermería

1. INTRODUCCIÓN / OBJETIVO(S)

En Portugal, así como en Europa, la cultura de la calidad en Educación y Salud se ha expandido y ha llevado a las organizaciones de salud a adoptar nuevas políticas de gestión y mejora de la atención. La enfermería ha ido ganando visibilidad frente a este paradigma, no solo en el liderazgo e implementación del proceso de cambio organizacional, sino sobre todo en la influencia directa sobre los componentes críticos de la calidad asistencial.

En este sentido, preparar a los estudiantes de enfermería, con las habilidades adecuadas en los fundamentos de la investigación y aplicación de la Práctica Basada en Evidencia (PBE) es fundamental para garantizar la prestación de una atención de calidad en el futuro (Hung et al., 2019; Larsen, Terkelsen, Carlsen y Kristensen, 2019). La formación en enfermería basada en programas fundados en la evidencia permite a los estudiantes de enfermería desarrollar el pensamiento crítico y las habilidades para la toma de decisiones (Oh & Yang, 2019). Este tipo de programa promueve la adquisición y desarrollo de las habilidades de los estudiantes frente a la adopción de un PBE y aumenta la confianza, así como las actitudes positivas hacia el uso de esta herramienta (Hung et al., 2019).

La Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) ha desempeñado un papel importante en la gestión de la atención y la política de mejora al presentar pautas para las mejores prácticas y la educación en enfermería. La práctica basada en la evidencia respalda la excelencia en la prestación de servicios de salud y educación en el campo de la salud, mediante el uso del Programa de Directrices de Mejores Prácticas (PDMP) (RNAO, 2016).

El PDMP es una herramienta que tiene como objetivo orientar las mejores prácticas de enfermería y mejorar la toma de decisiones de los profesores de enfermería (RNAO, 2012). En Portugal, Universidade Atlântica se asume como pionera en una asociación con una de las asociaciones de enfermería más influyentes del mundo, la RNAO, convirtiéndose así en la primera Organización Académica Destacada de Mejores Prácticas en Portugal. Implementé tres Pautas (Involucrar a los Clientes que Consumen Sustancias; Prevención de Caídas y Lesiones por Caídas en el Adulto Mayor y Prevención Primaria de la Obesidad Infantil) en el Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería (CLE). El proceso de implementación requirió la participación de tres actores de ambos contextos: docentes, estudiantes y asesores clínicos, y tuvo como objetivo estimular a los estudiantes en el desarrollo de habilidades de planificación, intervención y evaluación basadas en la evidencia. Luego de tres años surgió la necesidad de conocer las percepciones de los estudiantes sobre la implementación de los tres lineamientos mediante la realización de esta investigación que tiene como objetivo conocer: ¿Cuál es la percepción de los estudiantes de enfermería sobre la implementación de las Guías de Buenas Prácticas en el currículo de CLE y su contribución a su formación?

Así, el objetivo de esta investigación fue conocer la percepción de los estudiantes sobre la implementación del programa Guías de Buenas Prácticas (GBP) y su contribución a su formación.

2. MÉTODOS

Estudio exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo, cuyos datos fueron recolectados en enero de 2020 a través de un grupo focal con las siguientes preguntas orientadoras: "¿Cuénteme cómo la implementación de los lineamientos en el curso le ayudó a desarrollar conocimientos en enfermería?"; "¿Se refiere a cómo el conocimiento de las pautas le ayudó a brindar atención en la enseñanza clínica?"; "¿Cómo contribuyó, efectivamente, a la práctica profesional?" La muestra fue de conveniencia, no probabilística y estuvo constituida por 12 estudiantes de la carrera de grado en enfermería (CLE) (cuatro estudiantes de cada año de 2do, 3er y 4to año), de la Escola Superior de Saúde Atlântica (Universidade Atlântica), quien firmó el formulario de consentimiento informado.

El focus group ha sido una de las técnicas más utilizadas para la revisión del proceso de enseñanza-aprendizaje (Silva, Veloso, & Keating, 2014). La opción de utilizar el grupo focal tiene como objetivo comprender las experiencias del grupo participante, desde su propio punto de vista, con el objetivo de recolectar datos de la discusión enfocados en temas específicos y directivos (Cheng, 2014; Santos, Pereira, & Lopes, 2016).

Todos los procedimientos realizados siguieron los principios éticos recomendados, a saber, el consentimiento informado e informado, garantizando a los estudiantes participantes los siguientes derechos: a) posibilidad de solicitar aclaraciones sobre la investigación en cualquier momento; b) garantizar que la información proporcionada se mantendrá en el anonimato; y c) la posibilidad de negarse a responder a cualquier pregunta o proporcionar información que crea perjudicial para su integridad física, moral y/o social. También se respetó la participación voluntaria en el estudio, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los participantes y la posibilidad de rendirse durante todo el proceso.

En este estudio, la técnica utilizada para analizar la información recolectada fue el análisis de contenido según Bardin (2013). El procedimiento adoptado, para el análisis de contenido, consistió en relevar todas las palabras y/o ideas producidas por los participantes en la estructuración de sus respuestas. En una primera etapa, se realizó un preanálisis que permitió operativizar y sistematizar las ideas iniciales, con el fin de realizar un esquema preciso para el desarrollo de las sucesivas operaciones de un plan de análisis. En esta etapa, el procedimiento adoptado consistió en la selección de los documentos que se sometieron a análisis. Así, la entrevista transcrita del grupo focal formó el corpus del análisis, y la constitución de este corpus tomó en cuenta reglas fundamentales, según el análisis de contenido según Bardin (2013): exhaustividad, representatividad, homogeneidad y pertinencia. La siguiente fase consistió en explorar el material, codificar y categorizar. En la organización de la codificación se realizó el recorte, es decir, la elección de la unidad de registro, ya sea la palabra o la idea. En cuanto a la categorización, se consideraron las siguientes categorías: a) Aportes de la implementación de la GBP en la trayectoria personal y personal y académica y b) Los antecedentes para enfrentar los desafíos enfrentados en la práctica clínica. El análisis de frecuencias absolutas se realizó con base en la enumeración de las unidades de registro (conteos), evaluando la importancia de cada unidad de registro (relieve) según el análisis de las frecuencias absolutas para cada dimensión. Para ello, se creó una nube de palabras (nube de etiquetas), que es una representación visual de las unidades de registro más frecuentes en el discurso de los estudiantes finalistas, para cada dimensión a través de la aplicación WorldClouds.com. El estudio no presenta ningún conflicto de intereses.

3. RESULTADOS

Los 12 alumnos de CLE que participaron en el estudio (4 alumnos de 2do, 3er y 4to año) fueron fundamentalmente mujeres (84%), con edades entre 21-28 años. En general, los participantes quedaron satisfechos con la formación realizada a través de GBP. La implementación de GBP en el currículo CLE y el proyecto pedagógico se destaca por su constante formación y desempeño basado en evidencia. El análisis permitió constatar que surgieron dos dimensiones: a) Aportes de la implementación de la GBP en la trayectoria personal y personal y académica y b) Los antecedentes para enfrentar los desafíos enfrentados en la práctica clínica. Respecto a las subcategorías, encontramos lo siguiente: Desarrollo y profundización del conocimiento; b) Mejorar la calidad de la atención brindada; c) Mejor desempeño durante la práctica clínica y d) Mayor seguridad en la toma de decisiones durante la práctica clínica.

En general, los estudiantes informan que la implementación de los lineamientos en la carrera de enfermería (CLE) contribuyó a la adquisición de conocimientos (89%), a la prestación de cuidados a los usuarios con base en la evidencia (88%), situaciones más fáciles de evaluar y resolución de problemas (92%) y, por tanto, mayor competencia para la prestación de cuidados y práctica profesional.

En cuanto al análisis de la relevancia de las unidades de registro, por su frecuencia absoluta, las palabras: Pensamiento crítico (n = 12), Seguridad (n = 11), Evidencia científica (n = 11), Competencia clínica (n = 10), planes de atención individualizados (n = 10), conocimientos (n = 9), toma de decisiones (n = 9) calidad de la atención (n = 9) y resolución de problemas (n = 8).

4. DISCUSIÓN

Los resultados están en línea con otros estudios sobre la adopción de una práctica de enfermería basada en la evidencia. La integración de los conceptos de PBE en el programa curricular de la carrera de enfermería, brinda contenidos y estrategias pedagógicas activas que promueven el aprendizaje a lo largo de la vida a través de la investigación, permitiendo incrementar el conocimiento, el desarrollo de habilidades, la autoeficacia en el uso del conocimiento, y consecuentemente su confianza, con implicaciones positivas para sus actitudes hacia el PBE (Hung et al., 2019; Oh & Yang, 2019; Smith & Kennedy, 2020).

La prestación de una atención con altos estándares de calidad a través de la implementación de los principios del PBE requiere una adecuada formación de los estudiantes, ya en una etapa inicial de educación, así como la enseñanza en el ámbito de conocimientos y habilidades imprescindibles para aplicar el PBE en el futuro como profesional de la salud. (Panczyk et al., 2020). Los asesores de enseñanza clínica pueden facilitar la implementación de la PBE como una estrategia educativa clave, ya que los estudiantes en la práctica clínica ya brindan atención directa, lo que les permite completar el curso con más éxito (Schuler, Paul, Connor, Doherty y DeGrazia, 2020). El uso de GBP, representó un aporte fundamental para el seguimiento de la práctica clínica en enfermería y desarrolló hábitos de reflexión en los estudiantes que repercutirán en la calidad de la atención brindada tanto en el contexto académico como en el futuro de su vida profesional.

Implicaciones prácticas y políticas de la educación

Estandarización y comparación de prácticas, alineación de la profesión y educación de enfermería con las expectativas internacionales, y la visibilidad y credibilidad científica, son solo algunos de los beneficios que se derivan de una asociación de esta naturaleza, que les agrega valor y resultados obtenidos en términos de calidad esperada. Hay una necesidad de usar un PBE cada vez más, para eso, necesitamos que se enseñe y aprenda directamente en el curso básico. La implementación de GBP con los estudiantes a lo largo de los años ha permitido a todos los interesados utilizar estrategias que les permitan enfrentar diferentes situaciones, posibilitando una educación basada en la calidad, seguridad y mejores prácticas en enfermeira.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Cheng, K. (2014). A study on applying focus group interview on education. *Reading Improvement*, 51(4), 381-385.
<http://www.projectinnovation.biz/ri.html>.
- Hung, H. Y., Wang, Y. W., Feng, J. Y., Wang, C. J., Lin, E. C., & Chang, Y. J. (2019). Evidence-Based Practice Curriculum Development for Undergraduate Nursing Students: The Preliminary Results of an Action Research Study in Taiwan. *The journal of nursing research : JNR*, 27(4), e30. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000298>
- Larsen, C. M., Terkelsen, A. S., Carlsen, A. M. F., & Kristensen, H. K. (2019). Methods for teaching evidence-based practice: a scoping review. *BMC medical education*, 19(1), 259.
- Oh, E. G., & Yang, Y. L. (2019). Evidence-based nursing education for undergraduate students: A preliminary experimental study. *Nurse education in practice*, 38, 45-51.
- Panczyk, M., Iwanow, L., Gaworska-Krzemińska, A., Grochans, E., Kózka, M., Kulik, H., ... & Uchmanowicz, I. (2020). Validation study and setting norms of the evidence based practice competence questionnaire for nursing students: A multi-university study in Poland. *Nurse Education Today*, 104383.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2014). *Primary Prevention of Childhood Obesity* (2nd ed.). Toronto, ON: RNAO
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2016). *Practice Education in Nursing*. Toronto, ON: RNAO..
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Toolkit: Implementation of best practice guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: RNAO.
- Santos, C., Pereira, F., & Lopes, A. (2016). Efeitos da intensificação do trabalho no ensino superior: da fragmentação à articulação entre investigação, ensino, gestão académica e transferência de conhecimento. *Revista Portuguesa de Educação*, 29(1), 295-321.

<http://dx.doi.org/10.21814/rpe.6820>.

Schuler, P. E., Paul, F., Connor, L., Doherty, D., & DeGrazia, M. (2020). Cultivating evidence-based practice through mentorship. *Applied Nursing Research*, 151295. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151295>

Silva, I., Veloso, A., & Keating, J. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26 (26), 175-190. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>

Smith, S. B., & Kennedy, S. (2020). Authentic teaching to promote active learning: redesign of an online RN to BSN evidence-based practice nursing course. *Journal of Professional Nursing*, 36(2), 56-61.

AUTORES/AUTHORS:

Elsa Gil Mateu, Sílvia Reverté Vilarroya, Núria Albacar Rioboó, Georgina Casanova Garrigós

TÍTULO/TITLE:

El uso de las metodologías activas en las prácticas clínicas en unidades de cuidados críticos.

1.Objetivo:

Analizar los mapas conceptuales elaborados por los alumnos en el seminario final de prácticas clínicas como instrumento para conseguir resultados de aprendizaje.

2.Métodos:

Estudio cualitativo con orientación fenomenológica. Se realizó muestreo propositivo en 51 estudiantes del grado de enfermería de cuarto año, matriculados en la asignatura de prácticas clínicas en unidades de cuidados críticos (servicios de medicina intensiva, urgencias y emergencias) de la Universidad Rovira y Virgili, Tortosa (España), entre enero y junio de 2019. Se obtuvo el consentimiento informado, se conservó el anonimato, y se respetó la integridad de los participantes, tras obtener el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación en medicamentos del Instituto de Investigación Sanitaria Pere y Virgili, con el código 121/2020).

Los estudiantes se dividieron en 4 ciclos de prácticas entre 4/5 semanas de duración. Durante estas prácticas realizan un foro virtual dinamizado por un tutor a través de la plataforma Moodle. Al finalizar el ciclo, los alumnos asistieron a un seminario impartido por los tutores, donde trabajaron y revisaron toda la información compartida y generada en el entorno del foro dinamizado. De forma individual, cada estudiante dio un código a sus contribuciones al foro. Y posteriormente, se conformaron un total de 13 grupos de 3-4 estudiantes, que codificaron los temas mediante categorías y en subtemas, mediante subcategorías.

Los estudiantes contrastaron la información con el tutor; sintetizaron y prepararon una presentación para el resto de grupos a través de un mapa conceptual (MC). Por último, todos los grupos presentaron y compartieron la información que elaboraron, discutiendo y debatiendo entre grupos. A modo de triangulación, cada grupo defendió su MC, permitiendo la discusión de los datos. Al finalizar el tutor recogió el material generado.

Se analizaron los MC con un análisis de contenido, comprendido en 4 fases: reducción de los datos, categorización-codificación (categorías y subcategorías), presentación de datos y conclusiones-verificación de los datos. Se utilizó el programa informático weft-QDA libre.

3.Resultados:

Se recogieron un total de 13 MC, de los cuales se extrajeron un total de 6 categorías (C) y 11 subcategorías (SC); C1: Humanización, SC1: relaciones profesional-paciente y familia y cuidados holísticos; C2: Comunicación, SC2: habilidades comunicativas y las experiencias vividas en comunicación; C3: Aprendizaje, SC3: falta de preparación y las unidades de prácticas; C4: Saberes profesionales, SC4: habilidades y conocimientos; C5: Seguridad clínica, SC5: seguridad relacionada con los profesionales y con la infraestructura; y C6: Complejidad, SC6: complejidad de la actuación de los profesionales y la del sistema de atención urgente.

4.Discusión:

Las universidades europeas, están avanzando en la educación superior introduciendo metodologías docentes y estrategias educativas orientadas hacia el aprendizaje autónomo del alumno y estimular el pensamiento crítico. Este modelo pedagógico se basa en la adquisición de competencias académicas y profesionales, favoreciendo la transición al mundo profesional. No se trata solamente de transmitir conocimientos, sino de enseñar a adquirir las capacidades que permiten aprender. Estas metodologías tienden a incrementar la participación, las habilidades de comunicación, la creatividad, y la capacidad analítica y crítica de los estudiantes. (Tan, Chong, Subramaniam, & Wong, 2018)

La implementación de estrategias educativas que requieran la formación del pensamiento crítico, es especialmente importante en el proceso de transición del mundo académico al profesional. Siguiendo la teoría de Alfaro Le-Fevre (1997) el pensamiento crítico ha de ser un ingrediente clave en la formación básica de los profesionales. La reflexión no es innata en las personas, sino que es una habilidad que se obtiene mediante un aprendizaje específico, una capacidad de adaptación y de práctica. Parte del trabajo de los educadores es crear una cultura donde el pensamiento crítico sea una parte integral de la práctica. (Zuriguel Pérez, 2016)

En el caso de las prácticas clínicas, es difícil obtener instrumentos que permitan una metodología activa fuera del aula, que encajen con la filosofía de la educación superior. Los MC son una herramienta para este propósito. Incluyen la teoría educativa del «aprender a aprender», basada en la teoría del aprendizaje significativo. Son esquemas que representan un conjunto de significados conceptuales, es decir, un diagrama de ideas importantes unidos entre sí, que permiten relacionar el conocimiento nuevo con los conceptos previamente adquiridos. Se puede dividir la elaboración del mapa conceptual en 5 pasos: extraer conceptos importantes, clasificarlos, establecer relaciones, distribuirlos espacialmente y revisar el producto final, sin ser un sistema de etapas rígidas. De esta manera, se puede guiar su construcción y posterior análisis. (Jara & Castro, 2017)

El MC dentro del seminario final de prácticas se presenta como un instrumento con un enfoque constructivista basado en los supuestos de Shön (1992), reflexión-en-la-acción para que los estudiantes se interesen de forma activa en su proceso de aprendizaje (Schön, 1992). Trata de explicitar y criticar las comprensiones que han crecido alrededor de las experiencias repetitivas, es decir, reflexionar sobre el hacer rutinario y automático.

Elaborar un MC ha hecho reflexionar a los estudiantes sobre seis categorías principales. La Humanización de los cuidados de enfermería, en ocasiones, no la perciben en la práctica. Consideran que en las unidades de medicina intensiva se ha incorporado la humanización, a diferencia de los entornos de urgencias, donde las condiciones físicas, la práctica acelerada y la actuación urgente hacen difícil su aplicación. La literatura, al igual que ellos, hace referencia al respeto a la intimidad, a la autonomía de las personas, a la gestión de las emociones, a la espiritualidad y a una adecuada comunicación como factores importantes para humanizar la asistencia. (Nin Vaeza, Martín Delgado, & Heras la Calle, 2020)

En la categoría de Comunicación, identifican la cohesión y comunicación del equipo de salud como determinantes, y aparecen las habilidades comunicativas como aspectos para trabajar: empatía, relación terapéutica y escucha activa. Hay estudios que evidencian unas mayores habilidades de comunicación, y menor agotamiento emocional y despersonalización en los profesionales de las unidades de medicina intensiva, con respecto a los servicios de urgencias (Llor Lozano, Seva Llor, Díaz Agea, Llor Gutiérrez, & Leal Costa, 2020). Refieren la rapidez de actuación, la priorización y la multitud de tecnologías como barreras en la comunicación. Estas también las asocian con la categoría de Seguridad Clínica, manifestando un riesgo en la mala identificación de pacientes, falta de conocimientos de los protocolos y escasez de recursos personales y de infraestructura en determinados momentos.

Toda esta Complejidad del sistema de atención al paciente urgente, que también evidencia la literatura (Jiménez Murillo & Montero Pérez, 2010) enfatiza la aplicación de un pensamiento crítico que ellos reconocen a los profesionales: un cuerpo de Saberes profesionales tanto teóricos como prácticos y de experiencia en sus actuaciones. En cuanto a Aprendizaje, ven la necesidad de una base teórica y de formación específica, manifiestan una sensación de falta de conocimientos, pero están contentos con el aprendizaje conseguido. Las prácticas en los servicios de críticos, tal como dicen los alumnos, les permiten este salto cualitativo que les aporta seguridad para iniciarse en el mundo laboral.

Los MC en un seminario abierto han constituido una técnica que optimiza el aprendizaje porque mejora la comprensión, el conocimiento de los contenidos y todo ello, conduce a mejorar la calidad. En la misma dirección, hay autores que afirman que el trabajo con MC facilita la discriminación de los elementos fundamentales, al tiempo que permite determinar el tipo de aprendizaje que el estudiante adquiere a partir del desarrollo de un tema (Martín-Salinas, Parro-Moreno, & Cid-Galán, 2015; Navea Martín & Varela Montero, 2017). En otros estudios, también se demuestra que el MC es un instrumento que no solo permite mejorar el pensamiento crítico, sino también, aumenta el rendimiento académico y la motivación. (Jaafarpour, Aazami, & Mozafari, 2016; Mohammadi, Momennasab, Rostambeygi, Ghaderi, & Mousazadeh, 2019)

Con relación a las implicaciones en la práctica clínica, este tipo de metodologías permite abordar contenidos complejos que surgen de su prácticum. Además, de crear un espacio donde promover la indagación conjunta y la interacción entre los estudiantes. Los MC una estrategia útil para favorecer la enseñanza, identificando las competencias y su posterior análisis. Para los alumnos, ha permitido comprender la vivencia de las prácticas clínicas y extraer los elementos claves de aprendizaje. Y para los tutores, tiene una implicación académica y es un valioso recurso para la evaluación por competencias del prácticum ya que es una importante fuente de motivación, mejora del rendimiento, de aprendizaje colaborativo y facilita el trabajo en grupo debido a su capacidad para dar retroacción.

En conclusión, esta metodología está enfocada en la reflexión-en-la-acción, a partir de un proceso constructivista para guiar el aprendizaje, entendiendo que quien hace el aprendizaje es el ser humano; éste construye su concepción y práctica de vida por medio de su experiencia vital, individual y social. Los estudiantes tienen la oportunidad de analizar y reflexionar sobre la práctica profesional, así como tomar decisiones sobre su desarrollo profesional, evitando una experiencia rutinaria y mecanizada de su prácticum.

Conflicto de intereses

Este estudio recibió financiación del Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad Rovira y Virgili, código (02/2018), pero no participó en la escritura de este artículo.

Los autores declaran ningún otro tipo de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Jaafarpour, M., Aazami, S., & Mozafari, M. (2016). Does concept mapping enhance learning outcome of nursing students? *Nurse Education Today*, 36, 129-132. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.08.029>

Jara, V., & Castro, J. (2017). Desarrollo de juicio clínico con mapas conceptuales de cuidado: experiencia de estudiantes de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 14(4), 259-265. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.09.003>

Jiménez Murillo, L., & Montero Pérez, F. J. (2010). Complejidad de la asistencia urgente en la España del siglo XXI. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(SUPP1), 7-11. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272010000200002>

Llor Lozano, J., Seva Llor, A. M., Díaz Agea, J. L., Llor Gutiérrez, L., & Leal Costa, C. (2020). Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. *Enfermería Global*, 19(3), 68-92. <https://doi.org/10.6018/eglobal.381641>

Martín-Salinas, C., Parro-Moreno, A. I., & Cid-Galán, M. L. (2015). Using concept maps as educational innovation for skills development. *Educación Médica*, 16(3), 173-176. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.09.004>

Mohammadi, F., Momennasab, M., Rostambeygi, P., Ghaderi, S., & Mousazadeh, S. (2019). The effect of education through conceptual mapping on critical thinking of nursing students. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(8), 1094-1098.

Navea Martín, A., & Varela Montero, I. (2017). Mapas conceptuales para aumentar el rendimiento académico en los estudiantes de Enfermería. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 31(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000200010

Nin Vaeza, N., Martín Delgado, M. C., & Heras la Calle, G. (2020). Humanizing intensive care: Toward a human-centered care ICU model. *Critical Care Medicine*, 48(3), 385-390. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004191>

Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Tan, K., Chong, M. C., Subramaniam, P., & Wong, L. P. (2018). The effectiveness of outcome based education on the competencies of nursing students: A systematic review. *Nurse Education Today*. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.12.030>

Zuriguel Pérez, E. (2016). Evaluación del pensamiento crítico en enfermería. Construcción de un cuestionario basado en el modelo circular de Alfaro-LeFevre. Universitat de Barcelona.

Mesa de Comunicaciones 7: Instrumentos de recogida y gestión de datos

Concurrent Session 7: Data collection and management tools

AUTORES/AUTHORS:

Almudena Alameda Cuesta, M^a Gema Cid Expósito, Cristina Oter Quintana, Yolanda Martín Vaquero, Ana Talavera Sáez, Mercedes Fraile Bravo, Asunción Sánchez Donaire

TÍTULO/TITLE:

Validación del contenido diagnóstico de una base de datos clínica para la planificación de cuidados de enfermería

El nivel de validación clínica de los lenguajes enfermeros, así como las interrelaciones entre ellos, todavía se encuentra en periodo de desarrollo. De hecho, en la última edición de la taxonomía NANDA-I, de los 244 diagnósticos de enfermería incluidos, en 70 no consta el nivel de evidencia, 154 tienen un nivel de evidencia 2.1 (etiqueta, definición, características definitorias, factores relacionados o de riesgo y referencias bibliográficas), 11 un nivel 2.2 (análisis de concepto), 4 un nivel 3.1 (síntesis de la literatura), y tan sólo 5 diagnósticos presentan un nivel 3.2 (estudios clínicos relacionados con el diagnóstico, pero no generalizables a la población) (1). Este problema es aún más notable en lo que respecta a las interrelaciones entre diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería, siendo prácticamente inexistente la literatura disponible sobre esta cuestión (2). Estos datos reflejan la necesidad de aumentar el conocimiento enfermero en lo que respecta a los lenguajes estandarizados.

Por este motivo, entre 2013 y 2016, desde el Área de Enfermería de la Universidad Rey Juan Carlos, se construyó una base de datos clínica a partir de los lenguajes NANDA-I, NOC y NIC, incluyendo algunas adaptaciones al contexto español (Registro de la Propiedad Intelectual M-008084/2016). La base de datos incluye: 72 diagnósticos enfermeros, 539 características definitorias (CD), 313 factores de relación y 361 de riesgo (FR); 197 resultados de enfermería, con 759 indicadores; 248 intervenciones de enfermería, con 6763 actividades.

OBJETIVOS

General: validar una base de datos clínica para la planificación de cuidados de enfermería construida con lenguajes NANDA-I, NOC y NIC.

Específicos: 1. Validar el contenido (CD y FR) de los diagnósticos enfermeros incluidos; 2. Validar las interrelaciones entre los diagnósticos incluidos y los resultados/indicadores NOC; 3. Validar las interrelaciones entre los diagnósticos incluidos y las intervenciones NIC.

Este trabajo se centra en el objetivo específico 1, y forma parte del proyecto "Validación de una base de datos clínica para la planificación de cuidados de enfermería", financiado por la Conferencia Nacional de Decanas/os de Enfermería (PI_016CNDE).

MÉTODO

Estudio descriptivo y exploratorio, de ámbito nacional (España), de validación a través de expertos siguiendo el método Fehring (3). Los sujetos participantes en el estudio fueron profesionales de enfermería seleccionados según criterios de expertía. Dichos criterios, adaptados de Quatrini y cols. (4, 5), incluyen experiencia en metodología enfermera, experiencia clínica, experiencia investigadora, y nivel académico.

Aunque no existe consenso respecto al número de expertos necesarios para realizar validaciones de estas características (6), se planteó un número mínimo de 60 expertos, según lo recomendado por algunos autores (7). Tras el proceso de captación, 96 expertos aceptaron participar en el estudio.

Se consideraron las siguientes variables sociodemográficas: edad (en años); sexo (varón/mujer); Comunidad autónoma (nombre comunidad); nivel académico (diplomado/grado, máster/especialidad, doctorado); especialidad enfermera (sí/no); puesto de trabajo actual (práctica clínica, docencia, gestión, investigación); experiencia clínica (número de años); experiencia docente (número de años); publicaciones sobre metodología y lenguajes enfermeros (sí/no); investigación sobre metodología y lenguajes enfermeros (sí/no).

En cuanto a las variables dependientes a estudio, fueron dos: 1. Grado en el que una CD es indicativa de un diagnóstico (escala Likert donde 1=no es indicativa y 5=muy indicativa); 2. Grado en el que un FR influye en la aparición de un diagnóstico (escala Likert donde 1=no influye y 5=influye mucho).

Tras definir todas las CD y los FR, se construyeron dos cuestionarios, uno para la validación de las CD (Q1.1), y otro para los FR

(Q1.2). Se realizó un pilotaje previo con 19 expertos. Ambos cuestionarios fueron autoadministrados en formato electrónico, utilizando la herramienta Limesurvey.

Siguiendo el método Fehring (3), para el análisis de datos se asignó a cada punto de la escala Likert la siguiente equivalencia: 1=0; 2=0,25; 3=0,50; 4=0,75 y 5=1, y se calculó la media de las puntuaciones de cada CD. Si la puntuación fue mayor o igual a 0,8, se consideró CD mayor. Si la puntuación fue menor de 0,8 pero superior a 0,5 se consideró CD menor. Las CD de puntuación menor o igual a 0,5 fueron descartadas. Se determinó el índice de validez de contenido total de cada diagnóstico (IVC), considerando válidos aquellos diagnósticos con IVC ≥ 0.6 (8). En aquellos diagnósticos con más de 7 CD, el IVC se calculó siguiendo la modificación de Sparks y Lien-Gieschen (9). Con los FR se actuó de manera análoga: tras calcular la media de las puntuaciones, se consideraron FR influyentes los que obtuvieron una puntuación superior a 0,5, descartando los de puntuación igual o inferior.

RESULTADOS

Se obtuvieron 87 respuestas para el cuestionario Q.1.1 y 77 respuestas para el cuestionario Q1.2. El índice de respuesta fue del 90,6% para el cuestionario Q1.1 y del 80,2% para el Q1.2. Se muestran a continuación las características de la muestra para el cuestionario Q1.1.

- Sexo: 67 mujeres (77%) y 20 hombres (23%).
- Edad promedio: 47.78 años (Desviación Media: 8.29).
- Comunidad autónoma: participantes de 14 comunidades, siendo las más representadas Madrid (33 participantes, 38%), Asturias (11 participantes, 13%), Canarias (10 participantes, 11%), Castilla y León (9 participantes, 10%), y País Vasco (5 participantes, 6%). Las únicas regiones no representadas fueron Comunidad Valenciana, Comunidad Foral de Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla.
- Nivel académico: 20 doctorado (23%), 36 máster/especialidad (41.4%), y 31 diplomatura/grado (35.6%).
- Perfil profesional: 36 práctica clínica (41.4%), 24 docencia-investigación (27.6%), y 27 gestión (31%).

Se validó el 97.7% de las CD (54.8% mayores y 42.9% menores). Fueron consideradas no válidas 17 CD, pertenecientes a 12 diagnósticos. El IVC relativo a las CD se situó entre 0.74 (diagnóstico Trastorno de la percepción sensorial -00122-) y 0.93 (diagnóstico Patrón de alimentación ineficaz del lactante -00107-).

Se validó el 99.67% de los FR (60.89% muy influyentes). Fueron considerados no válidos 3 FR, pertenecientes a 3 diagnósticos. El IVC se situó entre 0.75 (diagnóstico Fatiga -00093-) y 0.91 (diagnóstico Interrupción de la lactancia materna -00105-) para los FR.

DISCUSIÓN

Los diagnósticos incluidos en la base de datos han alcanzado un alto grado de validación de contenido, resultando válidos todos ellos (IVC > 0.73).

No se han encontrado experiencias previas similares en las que se realice la validación completa de una base de datos generalista; por ello, este trabajo puede suponer una aportación significativa. Valorando de forma individual cada uno de los diagnósticos validados, los resultados de este trabajo contribuyen a aumentar el nivel de evidencia de un número importante de diagnósticos de la taxonomía NANDA-I, en la que están basados.

Por otro lado, es importante destacar las características de los profesionales expertos que han participado en el estudio. Además de la amplia diversidad territorial y de perfil profesional, con un alto nivel académico, se trata de expertos en una etapa de madurez profesional (4); todo ello mejora su representatividad y fiabilidad.

Además de las limitaciones ligadas a cualquier estudio de validación a través de expertos, la principal dificultad de este trabajo está relacionada con el riesgo de pérdida del tamaño de la muestra. Se trata de cuestionarios muy extensos, que deben cumplimentarse en varias sesiones, ya que implican unas tres horas de dedicación cada uno. Esto obliga a realizar un trabajo constante de captación y soporte a los expertos.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Contar con una base de datos validada a nivel nacional será de gran ayuda para la realización de planes de cuidados clínicamente relevantes y adaptados al contexto español. Además, la utilización de lenguajes enfermeros estandarizados facilitará su inclusión en la historia clínica electrónica, así como el cumplimiento de la normativa vigente en lo relativo a los registros clínicos enfermeros. Por otro lado, este proyecto implica la creación de una red nacional de expertos que puede facilitar la implementación clínica de los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1 Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2018-2020, 11st ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
- 2 Moorhead S. Investigación sobre vínculos entre diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería. In: Echevarría, P. (dir.). Investigación en metodología y cuidados enfermeros. Barcelona: Elsevier, 2016.
- 3 Fehring R. Methods to Validate Nursing Diagnoses. *Heart & Lung* 1987; 16(6): 625-9. PMID: 3679856
- 4 Quatrini Carvalho Passos Guimarães HC, Pena SB, Lopes Jde L, Lopes CT, Bottura Leite de Barros AL. Experts for Validation Studies in Nursing: New Proposal and Selection Criteria. *Int J Nurs Knowl*. 2016 Jul;27(3):130-5. DOI: 10.1111/j.2047-3095.12089.
- 5 Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. The expert nurse profile and diagnostic content validity of Sedentary Lifestyle: the Spanish validation. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2007 Jul-Sep;18(3):84-92. DOI: 10.1111/j.1744-618X.2007.00056.x
- 6 Escalada-Fernández P. Validación de contenido del diagnóstico de enfermería "trastorno de los procesos de pensamiento" [Tesis doctoral]. Navarra: Universidad Pública de Navarra.2015. [citado 12 jun 2017] Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/.../Tesis%20Escalada%2C%20Paula%20ma%20SA.pdf>
- 7 Lopes MV, Silva VM, Araujo TL. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. *Int J Nurs Knowl*. 2012; 23(3):134-9. DOI: 10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x.
- 8 Šerková D, Marešková J. Validation of NANDA International diagnoses at an intensive care unit. *Cent Eur J Nurs Midw* 2019;10(2):1041-51. DOI: 10.15452/CEJNM.2019.10.0012
- 9 Sparks S, Lien-Gieschen T. Modification of the diagnostic content validity model. *Nursing Diagnosis*. 1994; 5 (1): 31-5. DOI: 10.1111/j.1744-618x.1994.tb00365.x

AUTORES/AUTHORS:

M^a FUENSANTA HELLIN GIL, ANA MYRIAM SEVA LLOR, M^a DOLORES ROLDÁN VALCÁRCEL, MARZENA MIKLA, M^a JOSÉ RODRIGUEZ GONZÁLEZ, BEATRIZ PUJANTE FERRER, MANUELA MUÑOZ SÁNCHEZ, ANTONIA INMACULADA ZOMEÑO ROS, M^a JOSÉ LÓPEZ MONTESINOS

TÍTULO/TITLE:

DISEÑO Y VALIDACIÓN CUALITATIVA DE UN INSTRUMENTO DE GESTIÓN ENFERMERA PARA HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS

Este estudio corresponde a la 1^a fase de un proyecto de investigación financiado por el Instituto de Salud Carlos III (convocatoria AES 2018), en relación con el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2017/2020, orientado a proyectos e iniciativas en la investigación en servicios de salud, como prioridad de investigación en el reto "Salud, cambio demográfico y bienestar", y dentro del "Programa Operativo FEDER Plurirregional de España (POPE) 2014-2020" (PI18/00950).

No existe conflicto de intereses.

OBJETIVO: Diseñar y validar, utilizando metodología cualitativa, un instrumento de medición de cargas de trabajo de enfermería para Unidades de Hospitalización de Adultos, basado en Intervenciones Enfermeras (NIC).

MÉTODOS: Estudio analítico, descriptivo, observacional, prospectivo, con metodología cualitativa.

Tras revisión y análisis de la literatura consultada, se elaboró el borrador de una escala de medición de cargas de trabajo de enfermería por el equipo investigador, contemplando las 4 funciones de la enfermería: asistencial, docente, gestora e investigadora, con ítems seleccionados en base a las NIC más adecuadas para cada una en función de las características inherentes a las Unidades de Hospitalización de Adultos.

Dicha escala se sometió a una validación de tipo cualitativo, consistente en la realización de grupos focales, entrevistas individuales, y un comité de expertos en este tema de reconocido prestigio a nivel nacional e internacional.

Muestra y ámbito de estudio:

- 2 grupos focales: uno con 8 profesionales enfermeros de Unidades de Hospitalización de Adultos, y otro con 8 profesionales, que además de ejercer su labor asistencial en estas unidades en un hospital de tercer nivel, también son referentes de calidad asistencial.

- 10 entrevistas individuales semiestructuradas a profesionales de enfermería asistenciales y supervisores en Unidades de Hospitalización de Adultos de un hospital de tercer nivel. Se respetó el principio de saturación a la hora de determinar el número de entrevistas necesario.

- 1 comité de 12 expertos de reconocido prestigio a nivel nacional e internacional, que analizaron la validez de contenido de cada ítem y de la escala, evaluando el constructo (relevancia y coherencia), el redactado y la comprensión de los ítems, realizando aportaciones y sugerencias, mediante la cumplimentación de una plantilla de evaluación con la escala inicial tras las modificaciones realizadas según los resultados de las entrevistas y grupos focales.

La elección de los participantes de cada una de las partes de esta validación fue al azar, respetando el principio de saturación, a la hora de continuar con las entrevistas o grupos focales, y de manera que la muestra fuera representativa de la mayoría de tipos de unidades de hospitalización (en cuanto al tipo de pacientes y especialidad médica que acogen), que pueden existir en un hospital de tercer nivel.

Procedimientos metodológicos, recogida y análisis de datos efectuados:

- Grupo Focal. Como en todo grupo focal, como técnica cualitativa, se desarrolló una entrevista grupal estructurada y abierta, a dos grupos representativos de un colectivo. Un primer grupo formado por enfermeros referentes de calidad asistencial de Unidades de Hospitalización de Adultos, y un segundo grupo de profesionales de enfermería de los servicios objeto de estudio que, mediante sus experiencias profesionales y personales sobre el tema de investigación, realizaron aportaciones para mejorar el diseño inicial de la escala de medición de cargas de trabajo basada en intervenciones NIC creada por el equipo investigador. La duración de cada uno de ellos fue de casi 2 horas, grabadas en audio y vídeo para su posterior análisis. Los datos se analizaron mediante software específico para metodología cualitativa Atlas.ti8.
- Entrevistas individuales. Se realizaron 10 entrevistas individuales semiestructuradas a profesionales asistenciales y supervisores de enfermería de unidades de hospitalización de un hospital de tercer nivel, que fueron grabadas en audio para su posterior análisis, también mediante el programa Atlas.ti8.
- Comité de Expertos. Se llevó a cabo un análisis de la validez de contenido de cada ítem y de la escala en general. Cada uno de los 12 expertos consultados evaluó individualmente cada ítem de la escala, realizando varios tipos de evaluación. Las dos primeras valoraciones están relacionadas con el constructo, una corresponde a la relevancia que le otorgan al ítem para explorarlo, utilizando una escala tipo Likert que va del 1 al 4 siendo: 1=nada relevante, 2=algo relevante; 3= muy relevante y 4= alta relevancia, y la otra su coherencia, valorándolo como "coherente" o "no coherente". Además, dieron su opinión sobre el redactado y comprensión del ítem, valorándolo como: "malo", "aceptable" o "bueno", y cuál sería su actuación a seguir con cada uno en función de las valoraciones anteriores: "mantenerlo", "cambiarlo", o "eliminarlo". A final de cada bloque, se incluyó un apartado para "comentarios", solicitando que se clarificara su decisión en caso de valoración negativa en cada uno de los aspectos a evaluar. También aparecía un apartado de "sugerencias", donde poder expresar sus aportaciones en cuanto a la valoración global, y la necesidad de incorporar ítems nuevos o dimensiones que faltaran por explorar. Para su desarrollo, se elaboró una plantilla de la escala inicial, donde se incluyeron las modificaciones aportadas por los grupos focales y las entrevistas individuales, donde poder evaluarla, que se enviaron a cada experto por correo electrónico, junto con una carta de invitación a participar en dicho comité.

Temporalidad: El diseño inicial de la escala y los grupos focales se desarrolló durante el último trimestre del año 2018, las entrevistas en profundidad se realizaron entre diciembre de 2018 y enero de 2019, y el comité de expertos se completó durante el primer cuatrimestre del año 2019.

Aspectos éticos: Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del hospital, manteniendo la confidencialidad, según la ley 15/1999, de 13 diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal(PDCCP), y el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD),2016/679, de 27 de abril.

RESULTADOS: Tras realizar los grupos focales y las entrevistas individuales, pudimos comprobar como coincidían las afirmaciones, opiniones y sugerencias vertidas por los participantes, que tras analizarlas con el programa cualitativo Atlas.ti8, se han esquematizado mediante una red de códigos asignados a cada uno de los temas tratados, y a los que hemos asociado una cita textual emitida por los participantes que fuera representativa de ese código, así como la interrelación entre ellos, que pueden ofrecernos una idea de cómo los participantes han valorado la escala, sus ítems, las dimensiones profesionales donde se encuadran, su visión de la profesión, de la gestión de recursos humanos, y de la importancia de medir las cargas de trabajo para mejorar la calidad asistencial que ofrece enfermería a sus pacientes

Los dos grupos focales efectuados y las entrevistas individuales coinciden en afirmar la idoneidad y necesidad del instrumento para medir cargas de trabajo de enfermería, y la adecuación de todos los ítems, apareciendo como principal foco de discusión el tiempo destinado a realizar cada intervención enfermera. Este conflicto sobre el tiempo asignado a cada intervención, que en un principio

era el tiempo estándar determinado por la NANDA, fue objeto de estudio en otro trabajo desarrollado de forma paralela a éste, donde se midieron los tiempos reales de cada intervención y se compararon con los estándares para que los que finalmente se utilicen en la escala sean lo más ajustados posible a la realidad asistencial.

En el análisis del comité de expertos, los ítems que obtuvieron mayor valoración en cuanto a su relevancia (91,67%) fueron: Prevención y Educación para la Salud. Obtuvieron un 100% de coherencia con el constructo los ítems: Ayuda al autocuidado, Prevención, Medicación, Educación para la salud, Manejo de la nutrición, Cuidados de dispositivos, Cambio de posición, Manejo ambiental: confort, Apoyo emocional y Escucha activa, Fomentar la implicación familiar, Cuidados al final de la vida, y Docencia durante el turno de trabajo, no bajando en ningún ítem nunca la valoración como coherente del 83,33%. El ítem que obtuvo mejor valoración en la redacción fue el de Educación para la Salud con un 83,33%. En cuanto a la evaluación de los ítem dentro de la escala, se valoraron con un 100% para mantenerlos en ella: Ayuda al autocuidado, Prevención, Monitorización, Cambio de posición, y Cuidados al final de la vida.

Respecto a los comentarios que realizan sobre la escala en las tres actividades realizadas para su validación, destacamos los relacionados con la dificultad en la comprensión de algunos ítems relacionada con la poca familiarización con la terminología NIC, la controversia que producen los tiempos asignados a cada uno de los ítems para su ejecución, la importancia de obtener un instrumento de medida de cargas de trabajo para unidades de hospitalización, que ayude a gestionar los recursos humanos de enfermería en función de las demandas reales de cuidado de los pacientes, y el acierto que supone tener un instrumento de medida que incluya todas las intervenciones que realiza enfermería, desde la esfera asistencial a la gestora (poco valorada, y cada vez más en aumento, dentro de la carga de trabajo que supone), pasando por la docente que se realiza de forma continuada con pacientes y compañeros, así como la investigadora, que aunque menos frecuente, se encuentra cada vez más presente en la realidad enfermera.

DISCUSIÓN: La identificación de las cargas de trabajo enfermeras constituye una necesidad en las Unidades de Hospitalización de Adultos para mejorar la gestión de recursos humanos enfermeros, siendo el indicador más fiable para determinarlas, las Intervenciones de Enfermería (NIC), que fue uno de los temas más controvertido debido a la dificultad de su comprensión, al no estar los profesionales muy familiarizados con la taxonomía, pero es fundamental utilizar el lenguaje enfermero estandarizado como modelo para el desarrollo de medidas de cargas de trabajo de enfermería, que aparece en otros estudios consultados, donde también han adoptado el uso de intervenciones NIC como referencia para medir cargas de trabajo en los equipos de enfermería. El estudio cualitativo efectuado, proporciona los datos necesarios para el diseño y validación de una escala de medición de cargas de trabajo en enfermería. Se han encontrado estudios recientes que han utilizado metodologías de tipo cualitativo para validar instrumentos de forma parecida al estudio que presentamos, señalando que proporcionan un análisis crítico para mejorar el instrumento propuesto inicialmente, aunque se centran en algunas especialidades médicas concretas, y no en hospitalización en general.

La aproximación de un instrumento inicial a los profesionales que lo podrían utilizar en su práctica habitual, le confiere al instrumento un valor añadido, porque se nutre de la experiencia de los profesionales, propiciando una adaptación a la realidad donde va a ser utilizado, y al mismo tiempo, confiere una aceptación por parte de ellos, facilitando su aplicabilidad y su compromiso con la mejora de la gestión enfermera.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Aiken L, Cerón C, Simonetti M, Lake E, Galiano A, Garbarini A, Soto P, Bravo D, Smith H. Personal de enfermería de hospital y resultados del paciente. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2018;29(3):322-327.
2. Pérez Niculcar P N, Zuazua Rico D. Carga de trabajo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de adultos. *Revisión sistemática*. *Rev. Nure Inv*. 2018;15(93).

3. Puerto Cremades J, Maciá Soler L, López Montesinos M J, Pedraz Marcos A, González Chorda VM. Uma nova contribuição para a classificação dos fatores estressores que afetam os profissionais de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2895.
4. Possari João F, Gaidzinski R, Rapone L, Fernandes Costa A, Fugulin FM, Togeiro, H, Tracy H. Use of the nursing intervention classification for identifying the workload of a nursing team in a surgical center. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(5):781-788.
5. Somensi RM, Caregnato R C, Aquino, Cervi G H, Flores Dias C. Workload: a comparison between the online and observational methods. *Rev. Bras. Enferm*. 2018;71(4):1850-1857.
6. Nobre Raiane Antônia Santos, Rocha Hertaline Menezes do Nascimento, Santos Fernanda de Jesus, Santos Allan Dantas dos, Mendonça Rafaela Gois de, Menezes Andreia Freire de. Aplicación del Nursing Activities Score (NAS) en diferentes tipos de UCI's: una revisión integrativa. *Enferm. glob*. 2019;18(56):485-528.
7. Hellín Gil MF, López-Montesinos MJ, Seva Llor AM, Ferrer Bas MP, Maciá Soler ML. Adecuación de escalas para medir cargas de trabajo mediante metodología de calidad. *Rev. Bras. Enferm*. 2017 Feb;70(1):39-46.
8. Fanneran T, Brimblecombe N, Bradley E, Gregory S. Using workload measurement tools in diverse care contexts: the experience of staff in mental health and learning disability inpatient settings. *Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2015;22(10).
9. Hellín Gil MF, López Montesinos MJ, Seva Llor AM, Ferrer Bas MP, Maciá Soler ML. Valoración de dos escalas de medición de cargas de trabajo por profesionales de enfermería. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2017; 6(1):18-29.
10. Santos de Campos M, Andrade de Oliveira B, Galan Perroca M. Carga de trabajo de las enfermeras: estudio observacional de actividades/intervenciones de atención indirecta. *Rev. Bras. Enferm*. 2018;71(2).
11. Gonçalves Rocha ML, Rapone Gaidzinski R. Creación y validación de un instrumento para identificar la carga de trabajo en un servicio ambulatorio de oncología y hematología. *Einstein*. 2014;12(3).

AUTORES/AUTHORS:

James Richard Moore, M^a Teresa Roldán Chicano, Javier Rodríguez Tello, M^a del Mar García López, Laura Baños Meroño, Isabel Agüera Carrión, Encarnación María Cobacho Jiménez, Marta González Martínez

TÍTULO/TITLE:

VALIDATION OF CONTENT FOR THE NURSING INTERVENTION NIC

Objective

-Define and identify activities for the proposed Nursing Intervention Classification (NIC) "Control of communicable diseases: Contact management"

Method

A preliminary content validation for the proposed nursing intervention NIC "Control of communicable diseases: Contact management" was carried out by a group of 6 experts.

The Fehring criteria were used to identify professionals as experts. All of the group members have at least a master's degrees in Nursing and have regular experience in the use of standard nursing terminology. Three members have teaching and research experience in NIC taxonomy, and 4 members have had clinical experience with contact management during the coronavirus pandemic (Covid-19).

The group of experts worked within the proposed nursing intervention NIC "Control of communicable diseases: Contact management": label, definition and activities. An online Delphi panel (in three rounds) was used to validate the preliminary proposed intervention.

Results

The validated label and definition were: "Control of communicable diseases: Contact management": identify, coordinate and manage the tracing of close contacts of a person with a communicable disease.

24 activities were validated through consensus, covering six different aspects of care for close contacts of communicable diseases.

IDENTIFICATION AND MANAGEMENT OF THE CLOSE CONTACT NETWORK

Define the criteria of "close contact" for a communicable disease, according to the available evidence and the current protocols provided by health authorities and scientific societies.

Communicate with the infected case to track and trace possible close contacts.

Establish communication with the close contact and identify yourself by indicating name, credentials and organization.

Explain the role of the case manager to the close contacts, their families and cohabiters establishing, if necessary, an efficient no presentail means of communication in order to facilitate information about the frequency and schedule of follow-up.

ASSESSMENT (PHYSICAL, MENTAL, FUNCTIONAL) OF THE CLOSE CONTACTS AND THEIR ENVIRONMENT

Review the medical records to determine the close contact's background, relevant care plan current or previous and the incidents that may have occurred during tracing.

Assess the physical and mental state of the individual, family and cohabiters, cognitive and functional capacity, family dynamics, economic resources, sociocultural situation, formal and informal support systems, and housing conditions.

Assess the degree of vulnerability of the close contact to infections (at risk population) and instruct their cohabitants about warning signs and symptoms.

PSYCHOSOCIAL MANAGEMENT AND COMMUNICATION

Use effective communication skills with the close contact, their family and cohabiters: use an appropriate language according to their level of comprehension and check that the information is understood.

Encourage appropriate decision-making activities in the user and / or their family, promoting effective family dynamics to manage the situation.

Promote resilience in the close contact in order to develop a more adaptive and positive coping mechanism.

SYMPTOM MANAGEMENT OF CLOSE CONTACTS

Identify warning signs and symptoms compatible with the development of the disease.

Teach all close contacts to self-monitor the relevant signs and symptoms especially those that indicate severity.

Explain the clinical pathways and screening tests to the user and the family, informing / helping them to access resources and promoting an effective use.

Determine compliance with medical treatments and nursing care, as well as recommendations for reducing the risk of contagion.

HEALTH EDUCATION

Evaluate the knowledge that the close contact, cohabitants and their closest social network have about the transmission mechanisms of the infectious disease and the means to prevent it (hygiene measures, disinfection, social distancing, isolation, etc.)

Assess the personal factors, environmental factors and access to resources of the close contact, family or social network that may influence the transmission of the infectious disease and provide information, based on evidence, to minimize the risk of contagion.

Provide information on the correct steps to follow in case the close contact is required to be isolated / quarantined / confined.

Promote health literacy on the prevention of communicable disease within the close contacts social network .

DOCUMENTATION AND NOTIFICATION OF CLOSE CONTACTS INFORMATION.

Coordinate assistance with other members of the health team, as necessary, referring the individual and / or cohabitants to other health care professionals.

Document all the activities that take place during the management of the case in the appropriate records, according to protocol, so that epidemiological surveillance is guaranteed.

Notify the data, in an appropriate way, collaborating with the different institutions involved in epidemiological control.

Notify close contacts and / or the families of any change in the track and trace program.

Periodically evaluate the monitoring protocols based on the results, appraisals and suggestions of professionals and pacientes during the monitoring process.

Discussion

Since March 2020, Primary Care Nursing professionals from the National Health System in Spain have adapted their work activity to the needs of the Covid-19 pandemic, and worked continuously during the time of greatest incidence to actively monitor the close contacts of cases infected by covid 19.

The contact surveillance protocols of the Ministry of Health and Autonomous Communities focus their procedures on the monitoring of symptoms and on the control measures such as quarantine, however activities carried out during tracing require other strategies by health care professionals for example communication skills, resource management, health education etc.

There are only a few published articles focused on the impact of COVID-19 and Nursing care management during the pandemic. Most of the topics of the articles include nursing care during the pandemic emergency, and action followed in selection, education, training and psychological support. Almost none of the articles use standardized nursing languages, and the few proposals that use taxonomies focus on designing care plans, or identifying the best taxonomies labels in patients with covid-19 (1), (2).

These same publications alerted that Nursing nomenclatures have been not able to give terminological and conceptual support to some of the activities carried out since the beginning of the pandemic, and encourage to increase the number of nursing diagnoses, outcomes, and interventions focused on the community level of care (3).

It is necessary to work on the shortcomings of the taxonomies and identify and define independent work areas for Nursing, as a previous step to evaluating their effectiveness.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.- Martín GF, Romero LP, Toro MVR. Plan de Cuidados Estandarizados de Infección por Coronavirus (Covid-19). Enfermería Docente. 28 de julio de 2020;61-5.

- 2.- González‐Aguña A, Jiménez‐Rodríguez ML, Fernández‐Batalla M, Herrero‐Jaén S, Macario EM-S, Real‐Martínez V, et al. Nursing Diagnoses for Coronavirus Disease, COVID-19: Identification by Taxonomic Triangulation. International Journal of Nursing Knowledge [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2020];n/a(n/a). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/2047-3095.12301>

- 3.-Moorhead S, Macieira TGR, Lopez KD, Mantovani VM, Swanson E, Wagner C, et al. NANDA-I, NOC, and NIC Linkages to SARS-Cov-2 (Covid-19): Part 1. Community Response. International Journal of Nursing Knowledge [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2020];n/a(n/a). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/2047-3095.12291>

AUTORES/AUTHORS:

José Martín Rodríguez, María Dolores Meroño Rivera, María Teresa Roldán Chicano, Ramón Bel Cegarra, Juan Antonio Sánchez-Castañol Conesa, Laura Seoane Cegarra, Julia Martínez Esteban, Antonio Martínez Bernal, José Luís González Saura

TÍTULO/TITLE:

SINAPS: Gestionando la información en seguridad de los pacientes en el C.H.U. Hospital de Cartagena.

Introducción.

La seguridad del paciente, dimensión de la calidad asistencial, actualmente es una de las cuestiones preeminentes que se circunscriben a la relación paciente-sistema sanitario y todas aquellas circunstancias que puedan emerger de este binomio. Vincent (2006), define la seguridad del paciente como el evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria.

Durante años, el inicio de la gestión de los procesos de información relacionada con un evento adverso en el que la víctima era el propio paciente, se ha venido realizando una vez que se ha tenido conocimiento de ese episodio desfavorable, generalmente mediante una reclamación interpuesta por el propio afectado o su familiar en el correspondiente servicio de atención al usuario(S.A.U.), o bien, en menor caso, mediante la judicialización de tal episodio.

En este contexto, diferentes Organismos nacionales e internacionales, han ido emprendiendo iniciativas en las que se focaliza la seguridad del paciente como uno de los pilares básicos en los que estructurar una asistencia sanitaria con criterios de calidad necesarios, que puedan ser percibidos por los individuos a quienes va a ir dirigida tal asistencia.

Significar, en este sentido, la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes que la Organización Mundial de la Salud abordó en 2004 con un objetivo concreto: coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente a nivel mundial.

Al tenor de esta cuestión, el Consejo de Europa en el año 2006, a través de la Declaración de Varsovia sobre Seguridad del Paciente, subrayó la importancia de establecer un Sistema de Notificación de Incidentes entre sus líneas estratégicas.

Tal y como indica la profesora Agra Varela (2014),el análisis de los errores, cuando ocurren, debe hacerse desde una aproximación sistémica, orientada a analizar los eventos adversos (daño innecesario ocasionado al paciente) y los factores causales, buscar soluciones, rediseñar el sistema y en definitiva aprender de los errores para que no se repitan...; implicando la gestión del riesgo, entre otras actividades, la identificación

y análisis de los riesgos a través de herramientas estructuradas y la propuesta de soluciones para mejorar la seguridad de la atención sanitaria.

En nuestro Complejo Hospitalario Universitario (C.H.U.), el sistema de información implementado para conocer por los propios profesionales la actualización de un evento adverso en un paciente, es el SiNASP.

En la intranet presente en nuestra Área de Salud, hay un enlace directo con este sistema de notificación y registro.

El SiNASP es el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos, desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes.

El objetivo del SiNASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes. El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora. Este instrumento es una herramienta informática accesible, fácil de comprender y emplear. Su disponibilidad es de 24 horas todos los días del año.

Objetivos.

Divulgar la implantación de este sistema de información entre los profesionales sanitarios.

Impulsar la cultura de seguridad del paciente entre los propios profesionales sanitarios

Material y método.

En el año 2011, el C.H.U. "Hospital de Cartagena" se adhirió al SiNASP; siendo un sistema que conlleva, en nuestro ámbito asistencial, acciones tales como: notificación de incidencias, análisis causa-raíz, implantación de acciones de mejora y el oportuno seguimiento.

La instauración de este sistema de notificación ha conllevado la necesaria implicación de las principales estructuras de nuestra Organización sanitaria: desde la Gerencia, Dirección Médica y de Enfermería, hasta el resto de profesionales sanitarios.

La metodología se basa en un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo.

Muestra: para este estudio se han valorado todas las notificaciones y registros de incidentes/eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente, realizados por profesionales sanitarios que trabajan en el Complejo Hospitalario Universitario "Hospital de Cartagena".

Resultados.

Desde su implantación en el C.H.U. Hospital de Cartagena se han registrado 728 incidencias y/o eventos adversos.

De éstos, causaron daño al paciente un 46% y un 54% no causaron daño específico.

De los eventos adversos que causaron daño al paciente, un 9% precisó de posterior monitorización y/o intervención.

La media semanal de incidencias es de 1.63; siendo los notificantes más reiterados los profesionales de enfermería con 366 registros notificados.

Los eventos adversos que más se notifican están ligados a la administración de fármacos (36%) y la realización de técnicas o procedimientos (32%).

No obstante, un grupo significativo de eventos adversos comunicados están relacionados con problemas derivados de la comunicación inter profesionales (19%).

Discusión.

La seguridad del paciente, actualmente es una de las cuestiones preeminentes que se circunscriben en la relación paciente-sistema sanitario y todas aquellas circunstancias que puedan emerger de este binomio.

La evaluación de los incidentes/eventos adversos que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes, deben de valorarse como oportunidades de mejora que pueden contribuir al aumento de la calidad asistencial.

En este sentido; la prevención de incidentes/eventos adversos en los pacientes, actualmente es uno de los retos presentes que tenemos los profesionales sanitarios.

Implantar un mapa de riesgos permite evaluar la eficacia de aquellas intervenciones que hemos implementado desde la gestión de cuidados.

Uno de los retos principales a los que nos enfrentamos, es la infrautilización que se está realizando, por parte de los profesionales sanitarios de nuestra área de salud, del sistema de notificación y registro, dadas las cifras registradas desde su implantación.

Con la valoración de los resultados obtenidos, se hace evidente, como así refleja parte de la bibliografía consultada, que una fracción importante de los eventos interrelacionan el hecho causante adverso, con la mala o nula comunicación acaecida entre los profesionales sanitarios responsables de un determinado paciente.

Lejos de ser anecdóticos, estos hechos ya se recogen por algunas instituciones como The Joint Commission como causa principal de eventos centinela (los que originan la muerte o causan daños permanentes).

Es importante que, acciones futuras de formación se fundamenten e incidan en la iteración a los propios profesionales sanitarios del C.H.U. de la presencia de este sistema de notificación y registro.

Además, es fundamental la evaluación posterior de los cambios que se realicen para que pueda comprobarse la efectividad de las acciones emprendidas.

No obstante, aun sabiendo que, en base a los datos obtenidos al realizar el presente estudio, en la presentación de un evento adverso pueden incidir uno o varias causas y que, el daño causado puede ser de diferente grado; es preciso que cuando se realiza la notificación de un determinado hecho infortunado, esta notificación sea lo más precisa posible, evitando que la no aportación de

datos que pudieran ser significativos en la investigación a realizar, se convierta en un sesgo y limite a esta misma.

Conclusiones.

Los resultados de implantar este modelo de gestión de la información de eventos adversos en nuestra Área de Salud se ratifican como poco fructíferos; con una escasa y mejorable cultura de seguridad.

De este modo, tenemos la propuesta de mejorar la información sobre este sistema entre todos los profesionales sanitarios y facilitar la formación necesaria en el uso y manejo del SiNASP.

En este sentido, una de las tareas principales es la divulgación del SiNASP como un sistema de notificación voluntario y anónimo en el que se evita que, para los profesionales sanitarios que acceden al mismo, haya consecuencia alguna.

Desde la implantación del SiNASP se han emprendido algunas acciones de mejora relacionadas principalmente con el rediseño de circuitos, revisión de protocolos y comunicación de alertas en la intranet, para conocimiento de todos los profesionales; reiteración de la importancia de la transferencia bidireccional entre los profesionales sanitarios, subrayando la necesidad de una buena comunicación entre profesionales como hecho que incide proporcionalmente en la disminución de los errores que se pudieran generar en las tareas asistenciales.

Conflicto de intereses.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Agency for Healthcare Research and Quality. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices: Evidence Report/Technology Assessment Number 43. Rockville: AHRQ Publication; 2001.
2. Agra Varela, Y. Seguridad del paciente y gestión del riesgo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado el 21 de junio de 2020]. Disponible en: http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500964/n14.9_Seguridad_del_paciente_y_gestion_de_riesgos.pdf
3. Apeas, E. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2008 [citado 21 de junio 2020]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>
4. Aranaz, JM. Acerca de los sistemas de notificación y registro de sucesos adversos. Rev Calidad Asistencial. 2009; 24:1-2.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, Período 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015:1-128.
6. De Wet, C.; Johnson, P.; Mash, R.; McConnachie, A.; Bowie, P. Measuring perceptions of safety climate in primary care: a cross-sectional study. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2012; 18:135-42.
7. Ruelas, E. Seguridad del paciente hospitalizado. Madrid: Ed. Panamericana; 2008.
8. Vincent, C. Patient safety. London: Ed. Churchill-Livingstone; 2006.
9. WHO. Geneva: WHO.com; 2004. [consultado el 11 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/es/>

Mesa de Comunicaciones 8: Práctica Clínica Basada en la evidencia/Dolor

Concurrent Session 8: Evidence-Based Clinical Practice/Pain

AUTORES/AUTHORS:

David Guadarrama Ortega, M^a Magdalena Martínez Piédrola, M^a de los Angeles Llave Martín, Ana M^a Morales Guijarro, Pilar Arribas Sancho, Vanesa Ruiz Luján, Cati Cediel Altares, Ana Belén Arredondo Provecho, Carmen Noguera Quijada

TÍTULO/TITLE:

Implantación de guías de buenas prácticas en un hospital universitario. Evolución y resultados provisionales.

Introducción:

En 1999 la Asociación de Enfermeras Profesionales de Ontario (RNAO) comenzó el programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO®). En España, se inició la primera cohorte de centros candidatos a BPSO adaptando al contexto español el proyecto como Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®) en 2012[1-4].

Las Guías de Buenas Prácticas (GBP) se han demostrado eficaces en la implementación de mejoras en la práctica clínica y en la disminución de la variabilidad de los cuidados[5].

En España, actualmente se están implantando GBP en la tercera cohorte de centros candidatos a CCEC®. Con esta cohorte, se implantan GBP en un total de 28 centros entre acreditados y candidatos. A su vez, se han desarrollado 3 BPSO Host Regionales (Euskadi, Illes Balears y Principado de Asturias) que comenzaron en 2018, a los que se sumaron posteriormente Andalucía y Canarias como candidatos[2,4,6].

El Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) forma parte de la tercera cohorte de CCEC® e inició la implantación formal de GBP en 2018. Las GBP que comenzó a implantar el HUFA fueron: Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión (LPP), Lactancia Materna (LM), Valoración del ictus mediante la atención continuada (Ictus) y Cuidado y manejo de la ostomía (Ostomías).

Objetivos:

Describir el proceso de implantación de 4 guías de buenas prácticas (GBP) de la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO) y analizar los resultados obtenidos dentro del proceso de acreditación como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC®) en el período 2018-19, en un hospital público de nivel 2. Evaluar el impacto provisional en LPP, LM, Ictus y Ostomías.

Métodos:

Estudio de intervención pre-post con descriptivo del proceso de implantación de las GBP de la RNAO de LM, Ostomías, Ictus y LPP y su impacto en los indicadores de salud. Se analizaron los indicadores propuestos por la RNAO dentro del programa BPSO® y su evolución desde la situación basal a la situación actual con las 4 guías implantadas. Los indicadores se obtienen de los datos introducidos en la plataforma CarEvid+ por los equipos de evaluadores BPSO®. Se muestran las acciones adoptadas por el equipo de implantación durante el proceso.

Resultados:

A fecha 31/03/2020, se implantaron el 75.25% de las recomendaciones recogidas en las GBP. Se dedicaron 898,3 horas fuera de jornada laboral al proyecto. La guía con mayor porcentaje de recomendaciones implantadas fue la de LPP con un 80% de implantación. El número total de impulsores formados en implantación fue de 119 el 14,67% de la plantilla de enfermeros y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Las guías con más impulsores fueron: Hospitalización Obstétrica y Pediátrica (LM) con 45 impulsores y Hospitalización médica 32 impulsores. El 13,79% de los impulsores pasaron a ser evaluadores. La incidencia de Lesiones por presión intrahospitalarias pasó de 2.70% a 1.23%. El porcentaje de LM exclusiva al alta pasó de 40% a un 64.10%. El porcentaje de pacientes con marcaje del estoma pasó de un 33.33% a un 54.84%. El porcentaje de valoración neurológica de pacientes con Ictus, pasó de 75.56% a un 83.65%. Se realizaron 16 actividades formativas en 23 ediciones, 26 materiales de apoyo a la implantación, 4 nuevos formularios en la historia clínica, 17 difusiones del proyecto y 3 comunicaciones a congresos.

Discusión:

La candidatura a CCEC® ha supuesto un gran cambio en cuanto a la forma de aplicar los cuidados en las unidades diana, así como en otras unidades que, por cercanía o implicación en procesos, se han sentido interesadas por la iniciativa. Se observa la tendencia de mejora de los indicadores de salud. Aunque el número de impulsores en alguna Guía supera el porcentaje recomendado por la RNAO, no es así con respecto al total de profesionales del hospital. El estado del proyecto está en situación avanzada ya que las recomendaciones pendientes de finalizar su implantación están muy desarrolladas. En cuanto a LM se han obtenido resultados

similares a los reportados por otros estudios[7]. En cuanto a la valoración neurológica en Ictus, ha aumentado, pero lejos de otros estudios[8]. En ostomías, el marcaje del estoma mejora los resultados reportados por Folguera et. al[9]. Por último, la incidencia de LPP es ligeramente inferior que en otros centros que implantaron dicha GBP[10].

La implantación de GBP ha supuesto el beneficio directo en los pacientes del Hospital con efectos positivos en los resultados en salud, tanto en las unidades diana como en otras unidades del hospital.

Un impacto intangible que ha tenido este proyecto ha sido la motivación, según han verbalizado los equipos de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- [1] 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;21:1-2. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.11.002>.
- [2] 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. *Enfermería Clínica* 2011;21:275-83. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.07.013>.
- [3] Grinspun D, Virani T, Bajnok I. Nursing Best Practice Guidelines: The RNAO Project. *Hosp Q* s. f.
- [4] Programa BPSO España - BPSO España s. f. <https://www.bpsos.es/programa-bpsos-espana/> (accedido 28 de septiembre de 2020).
- [5] Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess (Rockv)* 2004;8. <https://doi.org/10.3310/hta8060>.
- [6] Red BPSO - BPSO España s. f. <https://www.bpsos.es/red-bpsos/> (accedido 28 de septiembre de 2020).
- [7] Del Río-Martínez P, López-García M, Nieto-Martínez C, Cabrera-Cabrera MA, Harillo-Acevedo FD, Mengibar-Carrillo A, et al. Application and evaluation of the best practice guideline: Breastfeeding. *Enferm Clin* 2020;30:168-75. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.03.016>.
- [8] Piñero Sáez S, Sanz Aznarez AC, Ruiz García MV, González García MJ, Mena Sucunza L, Córcoles Jiménez MP. Implementation of the Best practice guideline: Stroke assessment across the continuum of care in hospitalised patients. *Enferm Clin* 2020;30:160-7. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.026>.
- [9] Folguera-Arnau M, Gutiérrez-Vilaplana JM, González-María E, Teresa Moreno-Casbas M, Obarrio-Fernández S, Lorente-Granados G, et al. Implantación de la Guía de buenas prácticas para el cuidado y manejo de la ostomía: resultados en cuidados. *Enfermería Clínica* 2019. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.029>.
- [10] Gloria Lorente-Granados M, Dolores Quiñoz-Gallardo M, Teixiné-Martín A, Arza-Alonso N, Díaz Suarez M, Jesús Arias-Arias Á, et al. Implantación de la Guía de buenas prácticas en prevención de lesiones por presión: desarrollo, resultados y sostenibilidad 2020. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.04.001>.

AUTORES/AUTHORS:

M.CREU REGNE ALEGRET, DANIEL ANDRES ESCOBEDO, MONTSERRAT TIÑENA AMOROS, MONTSERRAT MARTINEZ MUÑOZ, M. MAR BLASCO OVEJERO, JULIA SERRAT ALVAREZ, SUSANA FERNANDEZ GARCIA, INMA COSMO GARCIA, M. ANGELES BARBA FLORES

TÍTULO/TITLE:

Transmisión de conocimientos y satisfacción de los programas formativos BPSO®(Best Practice Spotlight Organization)

Los autores aseguramos que este trabajo no presenta ningún tipo de conflicto de interés

INTRODUCCIÓN

En 2012 el Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH) empezó a gestionar su implicación con el Programa de Guías de Práctica Clínica RNAO., obteniendo en 2015 la primera acreditación como Centro Comprometido en la Excelencia en cuidados (BPSO). Esta implicación ha tenido continuidad, consolidándose y siendo reacreditados en 2017 y 2019.

Desde 2015 se han implementado en nuestro hospital 4 Guías RNAO del Programa BPSO®:

1. Cuidado y manejo de la ostomía
2. Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas
3. Valoración y manejo de la úlcera de Pie diabético
4. Lactancia materna

Desde el principio se consideró imprescindible que existiera una formación concreta y específica que acompañara esta implantación, como uno de los pilares fundamentales en los que se sustenta este Programa. Esta formación ha ido evolucionando y ampliándose con los años, hasta quedar consolidado un itinerario formativo para cada Guía.

El equipo docente de este Proyecto está formado por los líderes de cada una de las Guías y los profesionales más expertos e implicados con las diferentes temáticas tratadas. Por supuesto, todos ellos abogan por la Práctica basada en la evidencia.

En estos cursos, a parte del contenido específico de cada Guía, se insiste de forma repetitiva en la necesidad de trabajar siguiendo la Evidencia científica.

Las acciones formativas que conforman estos Itinerarios son las siguientes:

1. Cuidado y manejo de la ostomía
 - a. Cuidados enfermeros del paciente adulto portador de una ostomía
 - b. Cuidados enfermeros del paciente pediátrico portador de una ostomía
 - c. Atención avanzada del paciente portador de una ostomía
2. Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas
 - a. Prevención de caídas y lesiones derivadas
 - b. Actualización en la prevención de caídas
 - c. Ejercicios del Método Otago en la prevención de caídas
3. Valoración y manejo de la úlcera de Pie diabético
 - a. Valoración y manejo de la úlcera de Pie diabético
4. Lactancia materna
 - a. Lactancia materna. BPSO / IHAN / UNICEF

OBJETIVO

Analizar la transmisión de conocimiento y la satisfacción percibida por los asistentes a las acciones formativas que acompañan la implantación en el HUVH de cada una de las 4 Guías BPSO adoptadas

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo sobre el nivel de conocimiento transmitido y la satisfacción percibida en la formación BPSO. Se recogieron exámenes de forma presencial inmediatamente antes y después de las 14 ediciones de los cursos realizados entre enero y diciembre 2019. Los exámenes siguieron una metodología tradicional, con preguntas tipo test. Los previos a la formación fueron anónimos, mientras que en los posteriores debían constar los datos del alumno, cosa que permitía tener acceso al certificado oficial de aprovechamiento.

Se compararon mediante la prueba U de Mann-Whitney, las puntuaciones de los exámenes previos y finales. También se analizaron las preguntas que tuvieron mayor y menor acierto antes y después de cada edición.

Se valoró el grado de satisfacción mediante el cuestionario interno del Hospital. Este cuestionario anónimo consta de 24 ítems que recogen, mediante escala Likert de 4 puntos, la satisfacción percibida sobre los objetivos del curso, los contenidos, la metodología, los materiales, la docencia, la organización, el entorno, la aplicabilidad y una valoración general de la acción formativa. También consta de espacios donde el asistente puede concretar los aspectos positivos del curso y los puntos de mejora (Aspectos positivos, aspectos a mejorar, temas a ampliar, temas a reducir y sugerencias).

Los datos se analizaron mediante el software estadístico IBM SPSS Statistics v.24 para Windows. Se consideró un nivel de significación de $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

En 2019, $n = 330$ profesionales obtuvieron certificado de asistencia, el promedio de edad fue 40.8 años (D.E = 12.5, rango entre 19 y 65). El 89.70% ($n = 296$) fueron mujeres. Un 59.09% ($n = 195$) fueron enfermeras, el 32.73% ($n = 108$) técnicos grado medio cuidados auxiliares enfermería, y el 8.18% restante ($n = 27$) pertenecían a otras categorías, como celadores, con un curso específico para su categoría (Método Otago)

La nota media de los $n = 207$ (62.7%) exámenes pre acción formativa fue 7.35 (D.E= 1.88), mientras que la nota media de los $n = 219$ (66.4%) exámenes post acción formativa fue de 9.13 (D.E= 0.93). Siendo estadísticamente significativa ($p < 0.001$) la diferencia entre éstas.

Referente a los cuestionarios de satisfacción, se obtuvo una nota global media de 3.72 (rango entre 3.27 y 3.93). Las dimensiones mejor valoradas fueron la docencia (3.85), los contenidos (3.78) y su aplicabilidad (3.77)

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que los participantes adquirieron conocimientos y un alto grado de satisfacción con las acciones formativas. El hecho que el ítem mejor valorado sea la docencia, siendo los docentes de los cursos los líderes de cada guía y los profesionales más expertos en cada temática tratada en los cursos, demuestra su compromiso con la implantación. Desde el principio de la implicación de nuestro hospital con el Programa BPSO se potenció la detección de los posibles líderes de cada Guía y de las "impulsoras", aquellos profesionales con ganas de acompañar y motivar a sus compañeros en este proyecto.

Además, con el análisis de las preguntas con mayor o menor acierto detectamos los temas conocidos previamente y los que no han quedado suficientemente claros, cosa que nos permite ir adaptando progresivamente la formación a las necesidades reales del alumnado.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Los resultados positivos corroboran la calidad, en términos de eficacia y eficiencia, de este tipo de docencia. Queda pendiente

analizar cómo se mantienen estos conocimientos con el paso del tiempo.

Debemos añadir el hecho que todo este Programa y la formación que lo acompaña contribuyen a motivar a los profesionales a realizar un cambio importante en la manera tradicional de trabajar, adoptando en su día a día la Práctica basada en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Belmar, A., Guell, M., Chaparro, J., & Grinspun, D. (2018). IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN ENFERMERÍA: PROGRAMA BPSO COMO HERRAMIENTA PRINCIPAL. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 311–321. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.009>
2. HACIA UNA PEDAGOGÍA DEL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE: MODELOS DE FORMACIÓN CONTINUA Y NECESIDADES FORMATIVAS DE LOS PROFESORES. (n.d.). Retrieved September 29, 2020, from http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-74682013000100006&script=sci_arttext
3. Implementación de la práctica basada en evidencia en el currículo de Enfermería. (n.d.). Retrieved September 29, 2020, from http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412018000100024&script=sci_arttext&lng=pt
4. Ortuño-Soriano, I., Muñoz-Jiménez, D., Moreno-Casbas, T., Albornos-Muñoz, L., & González-María, E. (2020). Evaluation of implementation strategies of the Best Practices Spotlight Organisations (BPSO) Project in Spain. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 30(3), 222–230. <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2019.10.009>
5. Página web RNAO: (No Title). (n.d.). Retrieved September 29, 2020, from <https://rnao.ca/bpg/bpso>

AUTORES/AUTHORS:

Elia Fernández Martínez

TÍTULO/TITLE:

Dismenorrea primaria y horas de sueño nocturno

1.Objetivos: Describir las características de intensidad de dolor menstrual y media de horas de descanso nocturno en universitarias españolas con dismenorrea primaria y analizar si existe alguna correlación entre las horas de descanso nocturno y la intensidad del dolor menstrual autoreportado en estas jóvenes.

2.Métodos: Estudio observacional transversal. Los datos se recabaron mediante un cuestionario diseñado ad hoc en base a la bibliografía, se recabó información relativa a los 3 últimos meses sobre la intensidad del dolor menstrual mediante la Escala visual analógica del dolor (EVA) y las horas de descanso nocturno habitual mediante autoinforme en universitarias españolas que padecían dismenorrea. Se llevó a cabo un análisis descriptivo mediante media y desviación estándar para las variables estudiadas por ser cualitativas y haber comprobado la normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov previamente. Para el estudio de correlación se empleó el test de correlación de Pearson y el nivel de significación que se estableció fue de 0.05. El análisis se llevó a cabo empleando el paquete estadístico SPSSv24.

3.Resultados: Participaron 362 estudiantes universitarias con una edad media de 21.52 ± 3.77 años y una media de IMC de 22.49 ± 3.27 kg/m². La intensidad media de dolor menstrual reportada en la EVA del 0 al 10 fue de 6.60 ± 1.09 . Respecto a las horas de sueño nocturno, la cifra media fue de 7.56 ± 1.90 horas. Se identificó una correlación inversa entre las horas de sueño nocturno autoreportadas y la intensidad del dolor menstrual (EVA) ($r = -.167, p = .023$).

4. Discusión. Las mujeres que manifiestan un dolor menstrual de mayor intensidad son mujeres que de media diaria habitualmente duermen menos horas. Estos resultados ponen de manifiesto un posible factor de riesgo modificable relacionado con el dolor menstrual. La higiene del sueño podría explorarse en relación la prevención o manejo no farmacológico de la dismenorrea. Los profesionales de enfermería deben conocer la relevancia del descanso nocturno en la población y en el contexto del dolor menstrual, además las enfermeras podrían liderar intervenciones de educación para la salud específicas dirigidas a las mujeres que padecen este problema con el objetivo de disminuir la intensidad de su dolor y mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Iacovides, S., Avidon, I., & Baker, F. C. (2015). What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Human Reproduction Update*, 21(6), 762–778. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv039>
- 2.McGovern, C. E., & Cheung, C. (2018). Yoga and Quality of Life in Women with Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review. In *Journal of Midwifery and Women's Health* (Vol. 63, Issue 4, pp. 470–482). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12729>
- 3.Woosley, J. A., & Lichstein, K. L. (2014). Dysmenorrhea, the menstrual cycle, and sleep. *Behavioral Medicine*, 40(1), 14–21. <https://doi.org/10.1080/08964289.2013.829020>

AUTORES/AUTHORS:

Elia Fernández Martínez, Sergio Fernández Martínez

TÍTULO/TITLE:

Actitud menstrual en jóvenes con y sin dismenorrea primaria y consumo de fresas

1.Objetivo: Comparar la actitud menstrual y el consumo diario de fresas en mujeres jóvenes con y sin dismenorrea primaria.

2.Métodos: Estudio observacional transversal en mujeres de 18 a 35 años sin patología ginecológica diagnosticada. Los datos se recabaron mediante un cuestionario inicial en papel con preguntas sociodemográficas, sobre el consumo de fresa y ginecológicas e incluyó el cuestionario adicional de actitudes: "Menstrual Attitude Questionnaire (MAQ)" en su versión en español. Los datos fueron incluidos en una hoja de cálculo y analizamos con el paquete estadístico SPSS. Para el análisis descriptivo se realizaron frecuencias absolutas y relativas y medias y desviaciones estándar para las cuantitativas. Se emplearon los test de chi cuadrado, t de student y correlación de Pearson, tras comprobarse la distribución normal de la variable cuantitativa (puntuación MAQ). El nivel de significación establecido fue de .05.

3.Resultados: 227 mujeres contestaron al cuestionario inicial de las cuales el 7.9% manifestó haber consumido diariamente fresas (o al menos 5 veces por semana). De las que consumieron fresas diariamente el 30.14% no padecieron dismenorrea frente al 20.1% de las que no lo consumían identificando diferencias estadísticamente significativas en este sentido ($p < .05$). Respecto a la actitud menstrual fueron 102 mujeres las que contestaron al MAQ, de las cuales el 42.16% padecían dismenorrea primaria y el 63.84% no. Al comparar las puntuaciones de las mujeres con dismenorrea (113.87 ± 10.37) y de las que no (121.24 ± 8.25) se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$), correspondiendo las actitudes más positivas hacia la menstruación con las mujeres que no padecen dismenorrea.

4.Discusión: Hay evidencia de las propiedades antioxidantes y antiinflamatorias de las fresas, no obstante, la evidencia en relación a su relación con problemas menstruales o su prevención es escasa. Sin embargo, en la literatura si se refleja e el consumo de fruta, en general, como efecto protector. Los resultados parciales de este estudio, ponen de manifiesto un posible efecto protector de las fresas para el dolor menstrual que resultaría interesante seguir explorando en futuras investigaciones. No obstante, el presente estudio debe interpretarse con ciertas limitaciones como el escaso tamaño muestral y que no se puede establecer relaciones causales por tratarse de un estudio observacional transversal. En las mujeres con dismenorrea se identificaron puntuaciones más bajas en el MAQ, lo que significa una peor actitud hacia la menstruación. Este resultado plantea la necesidad de seguir investigando en esta línea. Dado que es un estudio transversal no es posible establecer si la actitud negativa hacia la menstruación precede a la dismenorrea primaria o si es al revés. No obstante, plantea que puede que una actitud negativa hacia la menstruación pueda ser un factor de riesgo para padecer dismenorrea primaria. En la práctica clínica los profesionales de enfermería conocer la evidencia científica disponible en la actualidad al respecto para brindar una atención de calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Brooks-Gunn, J., & Ruble, D. N. (1980). The menstrual attitude questionnaire. *Psychosomatic Medicine*, 42(5), 503–512.

<https://doi.org/10.1097/00006842-198009000-00005>

2. Giampieri, F., Forbes-Hernandez, T. Y., Gasparrini, M., Alvarez-Suarez, J. M., Afrin, S., Bompadre, S., Quiles, J. L., Mezzetti, B., & Battino, M. (2015). Strawberry as a health promoter: An evidence based review. *Food and Function*, 6(5), 1386–1398.

<https://doi.org/10.1039/c5fo00147a>

3.Schell, J., Scofield, R., Barrett, J., Kurien, B., Betts, N., Lyons, T., Zhao, Y., & Basu, A. (2017). Strawberries Improve Pain and Inflammation in Obese Adults with Radiographic Evidence of Knee Osteoarthritis. *Nutrients*, 9(9), 949.

<https://doi.org/10.3390/nu9090949>

Mesa de Comunicaciones 9: Práctica Clínica

Concurrent Session 9: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Elena García García, Ana Expósito Blanco, Ana Rodríguez Valcarce, Rosa Fombellida Gómez, Gema Escobar Aguilar

TÍTULO/TITLE:

PROART: Humanización de los cuidados paliativos a través del arte. Un proyecto de sanidad participativa.

El arte como terapia comenzó en Reino Unido en 1946, utilizado para buscar el significado al final de la vida, enfatizando la relevancia de tratar al individuo de manera integral, desarrollar la creatividad y mejorar la autoestima, expresar sentimientos y creencias profundas, ayudar al bienestar emocional y la humanización de los espacios (Devlin, 2006). La actividad creativa permite desarrollar formas de adaptación, haciendo frente a la disminución de las capacidades físicas y las preocupaciones existenciales, manteniendo aspectos enriquecedores de la vida. (La Cour, 2007). Las intervenciones en arte y salud son diversas, abarcando desde las mejoras ambientales de los espacios, a los beneficios terapéuticos y la eficiencia en la gestión de recursos asistenciales. El modelo de integración desarrollado en Inglaterra para incorporar el arte en los contextos de salud, permite organizar las propuestas, estableciendo categorías que sirvan además para el análisis y la evaluación de sistemas de salud (Valdés, 2013). Se definen así cuatro ámbitos de actuación: proyectos artísticos sociales (arte y creación para mejorar las relaciones sociales, estudiando su influencia en la salud); arte, creatividad y bienestar (proyectos que enfatizan la importancia de la creatividad en el bienestar, trabajando con los pacientes para que comprendan su estado de salud); proyectos orientados a generar comunidades que usen métodos creativos para explorar, difundir y comunicar mensajes relacionados con la salud; y por último el apoyo a servicios de salud con proyectos en situaciones complejas. La promoción de la salud se puede trabajar desde el paradigma de los proyectos comunitarios (basados en la comunidad) a través del arte, habiendo sido éstos descritos como "arte en otros lugares", al haber sacado el arte de su espacio habitual (museo) a la realidad social. Se entiende que el arte es además lenguaje, proporcionando a las personas una forma de expresar sus necesidades y creencias más profundas (Ávila, 2016). En el caso de los cuidados paliativos, cuando un paciente se enfrenta a una hospitalización, debe enfrentarse no solo al miedo intrínseco del ingreso inminente sino a la incertidumbre de la duración y finalización del mismo. El ingreso en el hospital supone una adaptación inmediata a un medio en principio percibido como hostil: procedimientos médicos, separación de sus seres queridos, pérdida del rol, separación de su hogar, relación con desconocidos, adaptación a la estructura y organización del hospital: incertidumbre, horarios, comidas, decoración. La hospitalización es catalogada en psicología como "crisis vitales" en los que la estabilidad psicológica del paciente se ve afectada por un hecho puntual (Bermejo, 2011). En la actualidad el 80 % de los pacientes terminales muere en los hospitales, lejos del hogar y, en muchas ocasiones, de los familiares y amigos. La institucionalización de la muerte ha sido la respuesta de la sociedad al miedo y a la incapacidad de gestionar una situación terminal, sin conseguir responder satisfactoriamente a la angustia y el sufrimiento que la muerte genera en el enfermo y su entorno familiar (Pichardo-García, 2010). La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define cuáles son las bases de la terapéutica para pacientes terminales entre las que encontramos: atención integral; enfermo y familia como unidad a tratar; promoción de la autonomía y la dignidad; concepción terapéutica activa; importancia del "ambiente" con una "atmósfera" de respeto, confort, soporte y comunicación que influyen de manera decisiva en el control de síntomas. La creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales sanitarios y de la familia, así como de medidas organizativas que den seguridad y promuevan la comodidad del enfermo. En base a lo expuesto, el proyecto ProArt nace de la reflexión del equipo multidisciplinar de atención psicosocial de una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) en relación a la mejora de la calidad asistencial y la humanización de la atención. En la fase de diseño de la intervención, se utilizó el enfoque de sanidad participativa y diseño de proyectos centrado en el usuario.

OBJETIVOS: Explorar las necesidades y expectativas de los grupos de interés (pacientes, familiares, profesionales, voluntarios) en relación a la humanización, calidad de la asistencia, satisfacción y experiencia de usuario en una UCP en cuanto al modelo de relación con el entorno, con el cuidador, y el paso del tiempo. Explorar frustraciones y motivaciones en relación al proceso asistencial.

METODOLOGÍA: Diseño: estudio de acción-participación con técnicas de investigación cualitativa desde un enfoque de sanidad participativa centrado en las personas, para generar conversaciones entre los diferentes actores implicados. Sujetos de estudio: profesionales, pacientes, familiares y voluntarios de la UCP. Muestreo no probabilístico por propósito. Dimensiones: humanización de los espacios y la atención, relaciones dentro del centro entre paciente/profesional, paciente/familiar, profesional/familiar y los

voluntarios, gestión del tiempo, legado, satisfacción vital, calidad asistencial y satisfacción. Recogida de información: se llevó a cabo un grupo de discusión con pacientes y familiares, mediante entrevista semiestructurada, en la que se incitó al diálogo y relato de experiencias de pacientes y familiares en relación a los espacios del centro y sus características, así como las necesidades en cuanto a la humanización de la asistencia. La conversación se centró en tres aspectos: ¿cómo podríamos aumentar el bienestar durante la estancia en el centro a través de la decoración ambiental?, ¿cómo podría la decoración ambiental ayudar a sentirse mejor, estar más tranquilos, relajados, con mejor estado de ánimo?, y ¿cómo podría la decoración ambiental del centro, o la forma de relacionarse con ella, ayudar o animar a realizar actividades, interaccionar o compartir tiempo con familiares,...? Se puso especial énfasis en la identificación de necesidades no cubiertas. A continuación, se desarrolló una sesión con profesionales (médicos, enfermeras, psicólogos, voluntarios, arquitecto, profesional experto en Bellas Artes) en la que la conversación y discusión se llevó a cabo en base a la definición del mapa de experiencia de paciente, concluyendo con una fase de ideación y prototipado de soluciones que cumplieran con las expectativas generadas por los diferentes agentes de interés con respecto a la experiencia de humanización en la unidad asistencial de cuidados paliativos. Se realizó un análisis temático de los resultados según Braun et al. RESULTADOS: Participaron 20 actores (5 pacientes, 5 cuidadores, 10 profesionales). En la sesión con pacientes y familiares se reflejó la necesidad de atender el estado de ánimo, la ansiedad y el nivel de actividad, de crear espacios neutros que permitieran olvidar que se estaba ingresado, de fomentar el paso del tiempo y la interacción con otros, de asegurar a la vez la privacidad generando espacios delimitados para que los profesionales dieran malas noticias. También se destacó la capacidad para generar vínculos con el entorno y de tomar decisiones e implicarse con la asistencia. Se concluyó que los espacios neutros, cuya decoración no es la propia de un hospital, y donde no hay miedo de ver nada que no se quiera ver, son generadores de bienestar. “Permitirían olvidarse de que estamos en un hospital de paliativos”. Desde el punto de vista de la organización de la unidad, se propusieron espacios neutros diseñados para fomentar la interacción entre iguales, con mobiliario confortable y con actividades que pudieran contribuir a lograr dicho objetivo, ayudando a su vez a descongestionar pasillos y habitaciones, fomentando el descanso de otros pacientes y la asistencia por parte de los profesionales. Se destacó que la generación de espacios verdes o aquéllos donde se pueda visualizar el entorno privilegiado del hospital mejora el bienestar emocional, siempre y cuando se introduzcan elementos de novedad que rompan la monotonía, o faciliten una forma diferente de relacionarse con la naturaleza. Un aspecto relevante para los agentes participantes fue garantizar el respeto a la privacidad, en el uso compartido de terrazas y espacios exteriores. Con respecto a los elementos artísticos, su incorporación se valoró positivamente solo si los pacientes y familiares podían implicarse de algún modo en su creación y/o producción, a través de talleres o actividades dirigidas. Se consideró que contribuiría a fomentar el poder de decisión (participación), y de personalización, haciendo suyo el entorno generando vínculos significativos. En la fase de ideación y prototipado de soluciones exploradas en el grupo de pacientes y familiares para dar respuesta a las necesidades detectadas, surgieron las siguientes propuestas: programación de charlas sobre especies arbóreas del jardín; ubicación de cajas nido para pájaros en lugares donde se pudiera realizar el seguimiento; organización de talleres en colaboración con cuidadores y voluntarios en espacios comunes del hospital, que permitieran por un lado aprovechar los espacios disponibles e infrautilizados, y por otro la interacción entre pacientes y familiares, buscando otros temas de conversación; dotación de libros a la biblioteca, fomentando la donación por parte de instituciones o particulares. Con respecto al impacto que estos cambios generarían en ellos, se concluyó que la implantación de estas medidas reduciría los niveles de depresión y ansiedad de pacientes y familiares, mejoraría el estado de ánimo y de salud, aumentaría la motivación para relacionarse con otros y socializar, aumentaría el nivel de actividad, y se disminuiría la demanda de atención a los profesionales de la unidad. En la sesión con profesionales se abordó el proceso asistencial, mapeando la experiencia de un paciente de la unidad de cuidados paliativos desde su llegada al hospital hasta su salida (éxito en el 82% de los casos), en el que no solo se describieron los puntos de interacción, sino también las emociones y las oportunidades de mejora en cada punto y en cada intervención. A lo largo de esta experiencia, se identificaron las siguientes situaciones o momentos clave: llegada al hospital desde el centro de referencia (miedo, angustia por el significado que tiene el ingreso en paliativos), toma de conciencia de su situación clínica (tristeza, vulnerabilidad, “tengo que obedecer, no puedo elegir”), mejoría después del ingreso

(pérdida del miedo, seguridad, exploro el entorno, confianza), momento en el que se informa de que no se puede hacer más a nivel de esfuerzo terapéutico (tristeza, periodo de reflexión), y por último la situación de pérdida de autonomía física (tristeza, vulnerabilidad, incertidumbre, "no valgo para nada"). Conjuntamente, se cerró la sesión con la co-creación del prototipo de la intervención a lleva a cabo para cubrir las necesidades detectadas (mejora de espacios a través del arte, talleres artísticos, transformación de la unidad en algo distinto a un hospital). Se planteó como primer objetivo convertir la actual sala de espera en un espacio para familiares y pacientes, que sirviera tanto para que los profesionales trasladaran las malas noticias como para compartir momentos acogedores ente las familias. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Los pacientes necesitan espacios neutros donde poder relacionarse con sus familiares, amigos y profesionales. Se necesitan actividades dirigidas para poder aumentar el nivel de actividad. La co-creación de intervenciones en salud empodera a los agentes y se adapta a sus necesidades. El diseño centrado en el usuario fomenta la participación y la toma de decisiones compartidas, aportando valor al proceso asistencial. El arte puede funcionar como agente humanizador de espacios, desencadenando efectos positivos en los agentes involucrados y mejorando la comunicación

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ávila N, Segura del POzo, J, Orellana Toral, AM, Borrego Hernando, O (2016). Proyectos comunitarios: propuestas desde la promoción de la salud y la creación artística. Comunidad septiembre 2016;2(18)
- Devlin B (2006). The art of healing and knowing in cancer and palliative care. *Int J Palliat Nurs.* 12(1):16-9. DOI: 10.12968/ijpn.2006.12.1.20391
- La Cour K., Josephsson S., Tishelman C., y Nygård L. (2007). Experiences of engagement in creative activity at a palliative care facility. *Palliative and Supportive Care*, 5(3): 241-250. DOI:10.1017/S1478951507000405
- Macnaughton, J., M. White & R. Stacy. (2005). Researching the benefits of arts in health. *Health Education* 105, 332-339.
- Valdés, N.Á. (2013). Un modelo de integración de arte y salud en España: el proyecto curArte I D. *Revista Hacia La Promoción De La Salud* 18, 120-137.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. [consultado 25/09/2020]. Disponible en: www.secpal.es
- Bermejo, J.C., Díaz-Albo, E., Sánchez, E. (2011) Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos. Madrid: Cáritas Española.
- Pichardo-García, L.M., Diner, K. (2010). La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería. *An Med (Mex)* 55(3):161-166.

AUTORES/AUTHORS:

María Teresa Roldán Chicano, José María Martínez Mateo, M^a Dolores Meroño Rivera, Ramón Bel Cegarra, José Martín Rodríguez, Juan Antonio Sánchez-Castañol Conesa, Laura Seoane Cegarra, Antonio Martínez Bernal, Juan Manuel Romero Pelegrín

TÍTULO/TITLE:

PACIENTE HOSPITALARIO CON DOLOR. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO, CLÍNICO Y TEMPORAL

Objetivos

Analizar el perfil sociodemográfico y clínico del paciente con dolor (nivel de dolor igual o superior a 3 en la escala EVA) en el Hospital General Universitario Santa Lucía (HGUSL) de Cartagena, Servicio Murciano de Salud.

Determinar si el registro del nivel de dolor en el HGUSL ha variado mensualmente entre enero y junio en el año 2020

Métodos

Diseño descriptivo transversal.

Se analizan los registros de valoración del dolor de la historia clínica digital cumplimentados entre enero y junio del año 2020, en concreto los pertenecientes a la escala EVA, que se cumplimenta desde diversos formularios (contantes vitales, valoración por Patrones de M Gordon-Patrón 6 Cognitivo Perceptual y planificación de auxiliares).

Las variables del estudio fueron: intensidad del dolor (EVA), edad y sexo del paciente, fecha de registro del dolor, unidad de ingreso y especialidad del proceso por el que fue atendido el paciente.

Se ha realizado un análisis descriptivo, y de la normalidad de las variables cuantitativas a través de la prueba de Kolmogórov-Smirnov.

Para determinar la asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de χ^2 de Pearson, y la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para determinar la asociación entre variables cuantitativas no normales y las variables cualitativas.

Resultados

La muestra analizada incluye 11.649 registros de dolor. La edad media de pacientes incluidos en los registros fue de $59,11 \pm 22,68$, y el porcentaje de mujeres y hombre fue de 51,9% y 48,1% respectivamente.

La edad, en los registros, tuvo una distribución no normal y la evaluación de dolor no se relacionó con esta variable, a diferencia del sexo, que sí tuvo una relación estadísticamente significativa con la evaluación del dolor. Los pacientes con un dolor mayor o igual a 3 fueron en su mayoría mujeres, en comparación con los registros con menor dolor (61,5% vs 49,2%; $p=0,00$).

La mayoría de registros con dolor igual o superior a 3 se hicieron en los meses de enero y febrero (21% y 20,6% respectivamente) si lo comparamos con los registros de los meses de abril y mayo (10,5% y 12,2%), $p=0,02$.

Es importante añadir que entre el mes de enero y el mes de abril el número de registros de dolor disminuyó casi un 50%, tendencia

que empezó a revertir a partir de mayo.

La presencia de dolor también se ha relacionado de forma estadísticamente significativa con la unidad en la que el paciente fue atendido, el 16,5% de los pacientes con dolor en todo el hospital estaba en las unidades de hospitalización obstétricas, el 7,6% en unidades polivalentes y el 7,2% en unidades de Medicina Interna, $p=0,00$. Las unidades con menos pacientes con dolor fueron Pediatría (1,2%), Neumología (1,2%) y Cardiología (1,8%). También se relacionó estadísticamente el proceso por el que era atendido el paciente con el registro de dolor, de forma que los procesos más dolorosos fueron los relacionados con Medicina Interna (23,1%), Obstetricia (16,7%) y Oncología (6,5%), $p=0,01$.

Discusión

La muestra analizada pertenece a un hospital candidato a Centro Comprometido con la Excelencia en el programa Best Practice Spotlight Organization, que se encuentra implantando la guía "Valoración y Manejo del dolor"(1), y que durante el año 2019 terminó de incluir a todas las unidades de hospitalización en el proyecto.

Los datos obtenidos en este estudio son relevantes porque utilizan una muestra amplia y orientan en dos sentidos, en primer lugar las puntuaciones altas en la escala EVA nos muestran un perfil de paciente en el que el dolor puede estar peor controlado, en nuestra muestra pacientes en las áreas de Obstetricia, Medicina interna y unidades polivalentes. En el otro extremo nos encontramos con unidades en las que la valoración del dolor suele tener puntuaciones bajas, y por lo tanto muchos pacientes "sin dolor". En nuestra muestra estas unidades fueron Pediatría, Neumología y Cardiología. Las bajas puntuaciones en la valoración del dolor obtenidas en estas unidades indicarían que el dolor está bien controlado en estos pacientes, pero también pueden tener otra interpretación, ya que las series uniformes de puntuaciones bajas en una misma unidad pueden sugerir rutinas erróneas en el proceso de valoración y registro del dolor.

El autoinforme se considera el estándar de oro para la evaluación del dolor, incluso en personas con demencia leve a moderada, ya que a menudo pueden reportar su dolor verbalmente o usar herramientas simples de evaluación de la intensidad del dolor visual o numérica(2), (3) . Por lo que en unidades en las que las valoraciones del dolor suelen ser bajas, es necesario reforzar entre los profesionales sanitarios el concepto de dolor como un síntoma o dato de carácter subjetivo, que sólo puede expresar el paciente, y que en ningún caso puede ser reemplazado por la impresión o el juicio del profesional.

Por último el descenso en el registro del dolor durante los meses con mayor incidencia de enfermedad por coronavirus, alerta sobre la necesidad de no descuidar el registro del dolor durante los rebrotes de la enfermedad. Procurar una atención de calidad, incluso en situación de emergencia sanitaria es un tema que ha sido tratado en diferentes publicaciones de forma genérica (4), sin embargo son pocos los estudios que han tratado de cuantificar los "cuidados de enfermería perdidos" durante las situaciones de pandemia y el análisis de sus causas; que pueden abarcar desde la falta de personal, hasta el miedo de los profesionales a exponerse sin las medidas de protección adecuadas (5), (6).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Registered Nurses Association of Ontario. Guía de buenas prácticas clínicas para la valoración y el manejo del dolor. Ontario: Investen-Iscii, 2013.
2. McAuliffe, L., Nay, R., O'Donnell, M., & Fetherstonhaugh, D. (2009). Pain assessment in older people with dementia: Literature

review.

Journal of Advanced Nursing, 65(1), 2-10.

3. Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230-250
4. Bellver Capella, Vicente. Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19. *Index de Enfermería*. 2020; 29(1-2): 46-0. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ie/e12909> [acceso: 30/09/2020]
5. Harrington C, Ross L, Chapman S, Halifax E, Spurlock B, Bakerjian D. Nurse Staffing and Coronavirus Infections in California Nursing Homes. *Policy Polit Nurs Pract*. 2020 Aug;21(3):174-186. doi: 10.1177/1527154420938707. Epub 2020 Jul 7. PMID: 32635838.
6. Jones S, Sam B, Bull F, Pieh SB, Lambert J, Mgawadere F, et al. 'Even when you are afraid, you stay': Provision of maternity care during the Ebola virus epidemic: A qualitative study, *Midwifery*. 2017; 52: 19-26. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.009.

Mesa de Comunicaciones 10: Envejecimiento y fragilidad

Concurrent Session 10: Aging and fragility

AUTORES/AUTHORS:

Gema Serrano-Gemes, Rafael Serrano-del-Rosal, Manuel Rich-Ruiz

TÍTULO/TITLE:

Adelantarse a los acontecimientos y controlar su destino: Razones push de los mayores para cambiar de lugar de cuidado

- Objetivo: Conocer las razones de empuje de las personas mayores para decidir cambiar su lugar de cuidado

- Métodos:

Área de revisión: Razones y motivos dados por las personas mayores para decidir cambiar su lugar de cuidado.

Diseño: Revisión sistemática de estudios cualitativos. Los resultados preliminares que se muestran a continuación forman parte de una revisión sistemática más amplia sobre este proceso de toma de decisiones, la cual fue registrada en PROSPERO (número de registro: CRD42018084826) y cuenta con un protocolo de revisión previamente publicado (Serrano-Gemes et al., 2018). Esta amplia revisión se subdividió en tres objetivos temáticos principales los cuales abordan: los participantes en el proceso (Serrano-Gemes et al., 2020), las experiencias de los mismos, y los motivos de estos. Los resultados preliminares que aquí se muestran, abordan, parcialmente, este último objetivo.

Estrategia de búsqueda: Se utilizó una estrategia de búsqueda utilizando diferentes términos de búsqueda, agrupados en 5 conceptos clave. Los términos dentro de cada concepto se unieron con OR. Los 4 primeros conceptos se unieron con AND, y el quinto con NOT. La estrategia se adaptó a las 6 bases de datos consultadas: CINAHL Complete, PubMed, SciELO Citation Index, la colección principal de Web of Science, PsycINFO y Scopus, consultadas desde su inicio hasta el 29/11/2017. Las referencias bibliográficas de los artículos finalmente incluidos también fueron revisadas. Para más información puede consultarse el protocolo de revisión previamente publicado (Serrano-Gemes et al., 2018).

Criterios de inclusión y exclusión: Se incluyeron todos los estudios originales, en inglés o español, con metodología cualitativa o mixta, que abordaran el proceso de toma de decisiones sobre el lugar de cuidado de las personas mayores (65 años o más) ya experimentado por los participantes. Se excluyeron todos aquellos estudios en los que se trataran otros tipos de decisiones, tesis doctorales/resúmenes a congresos y estudios cuyo texto completo no fue accesible. Para información más detallada puede consultarse el protocolo de la revisión (Serrano-Gemes et al., 2018).

Selección de estudios: Los artículos obtenidos fueron gestionados a través de un gestor de citas bibliográficas, donde se eliminaron los estudios duplicados. Posteriormente, se revisó el título y el resumen de todos los estudios encontrados, leyendo finalmente el texto completo de los potenciales artículos de interés. Para más detalles puede consultarse el protocolo de revisión (Serrano-Gemes et al., 2018).

Evaluación de la calidad: La calidad de los estudios finalmente incluidos fue evaluada mediante la Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) (Cano Arana et al., 2010). Realizando también un análisis de las contribuciones relativas de los estudios a los resultados de la revisión, teniendo en cuenta para ello un proceso propuesto de forma previa por otros autores (Thomas & Harden, 2008).

Extracción y síntesis: Se utilizó una herramienta de extracción de datos creada específicamente para ello. El análisis se desarrolló utilizando el método de las comparaciones constantes (Glaser, 1965) de la Grounded Theory de Glaser and Strauss (Glaser & Strauss, 1967).

Todo el proceso de revisión fue desarrollado por dos revisores independientemente, consultando con el tercer revisor cuando fue preciso. Puede consultarse el protocolo de revisión para más información (Serrano-Gemes et al., 2018).

- Resultados y discusión: De los 33 artículos que abordaban factores push para las personas mayores, solamente 9 mencionaron motivos relacionados con la anticipación (Ayalon, 2016; Gottlieb et al., 2009; Groger & Kinney, 2006; Hartwigsen, 1987; Nord, 2016; Söderberg et al., 2013; Tyvimaa & Kemp, 2011; Vasara, 2015; Walker & McNamara, 2013).

Así estos artículos señalan como razones push para cambiar de lugar de cuidado, principalmente: la antelación ante cambios de vida ya experimentados o anticipados (Hartwigsen, 1987; Nord, 2016; Söderberg et al., 2013; Tyvimaa & Kemp, 2011; Walker & McNamara, 2013), actuar teniendo en cuenta experiencias previas de personas mayores conocidas (Gottlieb et al., 2009; Groger & Kinney, 2006; Hartwigsen, 1987) y que fuera el momento oportuno (Groger & Kinney, 2006; Vasara, 2015; Walker & McNamara, 2013).

Otras razones encontradas fueron el deseo de controlar el propio destino (Hartwigsen, 1987), planificar mientras aún pueden (Groger & Kinney, 2006), mudarse mientras se está sano (Gottlieb et al., 2009) o disfrutar de la vida en la vejez (Ayalon, 2016).

- Implicaciones para la práctica clínica: Estos resultados hacen patente la necesidad de escuchar e incorporar de forma activa a las personas mayores en el proceso de toma de decisiones sobre lugares de cuidado en la vejez, teniendo así en cuenta sus valiosas opiniones y experiencias en un proceso que les afecta directamente.

- Conflicto de interés: No existe ningún conflicto de interés.

- Financiación: Financiación del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte para la Formación de Profesorado Universitario (FPU-2017). Beneficiaria FPU en el Instituto de Estudios Sociales Avanzados del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA-CSIC).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ayalon, L. 2016. Intergenerational perspectives on autonomy following a transition to a continuing care retirement community. *Research on Aging*, 38(2), 127-149.

Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J., & by CASPe. 2010. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. In CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. (Cuaderno III, pp.3-8). CASPe.

[http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force=\[Accessed: 05/05/2020\]](http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force=[Accessed: 05/05/2020])

Glaser, B.G. 1965. The Constant Comparative Method of Qualitative Analysis. *Social Problems*, 12(4), 436-445.

Glaser, B.G., & Strauss, A.L. 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine Publishing Company.

Gottlieb AS, Stoeckel KJ, & Caro FG. 2009. Residential adjustment of elders: Learning from experiences with parents and peers. *Journal of Housing for the Elderly*, 23(3), 149-165.

Groger L, & Kinney J. 2006. CCRC here we come! Reasons for moving to continuing care retirement community. *Journal of Housing for the Elderly*, 20(4), 79-101.

Hartwigsen, G. 1987. Older widows and the transference of home. *International Journal of Aging & Human Development*, 25(3), 195-207.

Nord, C. 2016. Free choice in residential care for older people—A philosophical reflection. *Journal of Aging Studies*, 37, 59-68.

Serrano-Gemes, G., Rich-Ruiz, M., and Serrano-del-Rosal, R. 2020. Systematic review of qualitative studies on participants in the decision-making process about the location of care of the elderly. *BMJ Open*, 10(3), e036551.

Serrano-Gemes, G., Serrano-del-Rosal, R., and Rich-Ruiz, M. 2018. Decision-making on the location of care of the elderly: Protocol for a systematic review of qualitative studies. *BMJ Open*, 8(10), e022411.

Söderberg, M., Ståhl, A., & Melin Emilsson, U. 2013. Independence as a stigmatizing value for older people considering relocation to a residential home. *European Journal of Social Work*, 16(3), 391-406.

Thomas, J., & Harden, A. 2008. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 45.

Tyvimaa, T., & Kemp, C.L. 2011. Finnish Seniors' Move to a Senior House: Examining the Push and Pull Factors. *Journal of Housing for the Elderly*, 25(1), 50-71.

Vasara, P. 2015. Not ageing in place: Negotiating meanings of residency in age-related housing. *Journal of Aging Studies*, 35, 55-64.

Walker, E., & McNamara, B. 2013. Relocating to retirement living: An occupational perspective on successful transitions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(6), 445-453.

AUTORES/AUTHORS:

M^a FUENSANTA HELLÍN GIL, M^a FUENSANTA VIVANCOS BELMONTE, JUAN ANTONIO SÁNCHEZ PÉREZ, M^a PILAR FERRER BAS, GLORIA MUÑOZ PÉREZ, ALFREDO CANO REYES, M^a JOSÉ RODRIGUEZ GONZÁLEZ, RAQUEL CHUMILLAS HERRERO, RAMÓN LÓPEZ ALEGRIA

TÍTULO/TITLE:

DERMATITIS ASOCIADAS A INCONTINENCIA Y SU RELACIÓN CON LA MEJORA DE CUIDADOS BASADOS EN LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO

OBJETIVO: Evaluar el impacto que la implantación de un protocolo de cuidados al paciente con incontinencia, que precisa de productos absorbentes, basado en evidencia científica, tiene sobre la prevalencia de las dermatitis asociadas a incontinencia (DAI), la situación del paciente (calidad de vida, aparición de complicaciones, etc.), y sobre la institución sanitaria (consumo y gasto).

MÉTODO: Estudio multicéntrico, observacional, de corte transversal, prospectivo, descriptivo, incidental y cuantitativo. No existe conflicto de intereses.

Ámbito de aplicación: El estudio se realizó en las Unidades de Medicina Interna de 2 hospitales de tercer nivel de la Región de Murcia, con alta incidencia de pacientes que presentan incontinencia. En uno se implantó el protocolo de cuidados a pacientes incontinentes, basado en evidencia científica, se formó al personal en su aplicación, y se implantó la higiene seca con manoplas impregnadas que se calientan previamente en una estufa específica para ellas; el otro hospital continuó con la aplicación de los cuidados y recursos materiales habituales, que incluyen la higiene tradicional con agua y jabón.

Muestra: Muestreo no probabilístico de conveniencia. Para estimar si existe una diferencia significativa en la incidencia de las DAI en ambos hospitales, considerando que la proporción de DAI es del 15% (según un estudio previo realizado), y esperando reducirla hasta el 4%, para un nivel de significación $\alpha=0,05$ y una potencia $B=0,8$, necesitaríamos 87 pacientes por hospital. Ajustando a un 10% de pérdidas, reclutamos a 100 pacientes por hospital que cumplieran los criterios de selección, que fueron: pacientes adultos mayores de 18 años, ingresados en las unidades de hospitalización seleccionadas, que presentan incontinencia urinaria de cualquier tipo y/o fecal, y por lo tanto, precisan del uso de dispositivos absorbentes de forma continuada durante su estancia en el hospital, ya sea como diagnóstico principal o motivo de ingreso, como por estar asociada a otros procesos o patologías subyacentes, y que acepten ser incluidos en el estudio mediante la firma de consentimiento informado.

Procedimiento: Para realizar este estudio, se creó un protocolo de cuidados tras realizar una amplia revisión y búsqueda de información relacionada con el problema de investigación, que se concreta en el análisis y estudio de la documentación existente sobre la DAI. Este protocolo incluye modificaciones en la historia clínica electrónica del paciente, donde se mejoró y completó la valoración de la incontinencia mediante la inclusión de dos escalas: Índice de Severidad de la Incontinencia y la Escala de Medida de Lesión Perianal, y el registro de los cambios y productos absorbentes que utilizaba el paciente. También se implantó la higiene seca, consistente en utilizar, en vez de agua y jabón, manoplas impregnadas en productos de limpieza e hidratación de la piel, que se calientan previamente a su uso con el paciente en una estufa especial para ellas, y se dotó a las unidades de hospitalización participantes de Lámparas de Wood, que sirven para determinar si una dermatitis por humedad o asociada a incontinencia (DAI) está sobreinfectada por hongos.

Fases del estudio:

1ª Fase: El estudio comenzó con el análisis de los resultados obtenidos tras realizar una primera recogida de datos relacionados con la prevalencia de las DAI en un estudio piloto sobre la implantación del protocolo de cuidados a pacientes incontinentes, que nos dará una visión de la situación inicial en las unidades seleccionadas. Así mismo, se consultaron las bases de datos relacionadas para actualizar la búsqueda bibliográfica, y recabar la información más reciente publicada, para poder ofrecer una formación al personal lo más adecuada y actualizada posible.

2ª Fase: Se solicitaron al programa informático de historia clínica electrónica del paciente, Selene, la introducción de los cambios o nuevos registros introducidos en el protocolo, en los apartados correspondientes a la valoración de las DAI y sus opciones de prevención y tratamiento, que complementarán a los ya introducidos hace más de un año relacionados con el registro de la valoración de la incontinencia, para determinar el tipo de producto absorbente necesario, así como su frecuencia de cambio y cuidados. Los cambios solicitados consistirían: en el Formulario de Heridas, en la pestaña "Crónicas", ampliar la posibilidad de marcar "Dermatitis Asociada a Incontinencia (DAI)", en el campo de sobreinfección, incluir "Infección por hongos Wood +", y en el "Producto Utilizado", incorporar "higiene con toallitas/manoplas".

3ª Fase: Se desarrolló el contenido a impartir en la formación y se realizaron sesiones formativas presenciales en cada una de las unidades participantes al personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería), sobre cuidados al paciente incontinente, aplicación del protocolo, identificación de las DAI, registro y cumplimentación en Selene de los formularios relacionados, etc. Estas sesiones, estuvieron apoyadas por presentaciones en power point y documentación adicional, de las cuales se les dejó en las unidades junto con el protocolo, para su consulta por los profesionales en cualquier momento. La presentación también se expuso en la intranet del hospital para su visualización y consulta. Dentro de los cuidados de enfermería al paciente incontinente, se incluyó la implantación de manoplas o toallitas para la higiene, como alternativa al agua y jabón tradicional, en el hospital donde se implantó el protocolo, y su comparación con la higiene tradicional, en el otro hospital donde continuaron con los cuidados y recursos materiales habituales hasta ahora.

4ª Fase: Una vez formado todo el personal de enfermería de las unidades correspondientes, y tras un tiempo prudencial necesario para la asimilación de conceptos e introducción de nuevos procedimientos, se recogieron los datos descritos a través del cuestionario/cuaderno de recogida de datos diseñado, y del programa informático Selene (revisando las historias clínicas electrónicas de los pacientes que deseen participar en el estudio). Este cuestionario fue creado para este estudio, y validado para una muestra previamente.

5ª Fase: Tras la recogida de datos, se completaron las bases de datos codificadas creadas para este estudio, para proceder seguidamente al análisis estadístico y obtener los resultados correspondientes. También se realizó el análisis de los datos relacionados con el consumo y gasto, relacionando el consumo obtenido en cada unidad, con los precios de cada dispositivo absorbente o material utilizado, facilitado por Recursos Materiales.

6ª Fase: Discusión y conclusiones derivadas del estudio, así como propuestas de mejora para el futuro.

Recogida de datos: Para determinar si el paciente está ingresado y los criterios de inclusión, se comprobó la planilla diaria de ingresos de la unidad, facilitada por el Servicio de Admisión.

Para recoger los datos relacionados con la cumplimentación en Selene del protocolo de cuidados, como son: tipo de pañal, frecuencia de cambios de producto absorbente, Índice de Severidad, Escala de Medida de Lesión Perianal, registro de complicaciones asociadas o DAI y tratamiento aplicado, valoración de enfermería, escala Braden al ingreso, etc., se realizó a través de la historia clínica electrónica de cada paciente, donde también se recogieron los datos sociodemográficos de cada uno. El programa Selene, donde se encuentra la historia clínica electrónica del paciente, fue modificado en los formularios de constantes y valoración de enfermería, para adaptarlos al protocolo, incluyendo las dos escalas nuevas de valoración (el Índice de Severidad de la Incontinencia y la Escala de Medida de Lesión Perianal), necesarias para seleccionar el producto absorbente más adecuado al paciente y la frecuencia de cambios ajustada a sus necesidades, y valoración de su situación clínica relacionada con la

incontinencia. Además, se modificaron los registros de los productos absorbentes, la higiene seca a implantar y la valoración de la piel y sus complicaciones como la sobreinfección de hongos mediante la Lámpara de Wood.

Para completar la recogida de datos, también se recopilaron los relacionados con el estado de la piel, presencia de DAI o úlceras por presión (UPP), grado de satisfacción con los cuidados, higiene y producto absorbente, entre otros aspectos relacionados con su situación clínica, mediante visita, y en algunos casos comprobación observacional de los datos, a cada paciente en su habitación, al mismo tiempo que firmaba el consentimiento informado para participar en este estudio.

Todos los datos se recogieron en un cuestionario elaborado y validado para una muestra creado para este estudio, recogándose en una base de datos creada para tal fin, una para cada hospital, y categorizada en sus respuestas para facilitar el análisis estadístico de los datos.

En el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva e inferencial, utilizando el programa IBM SPSS Statistics, versión 21.

RESULTADOS: En el hospital donde se implantó el protocolo, aparecieron un 5,9% de dermatitis, el 9,9% de los pacientes presentaron DAI, frente a un 10,9% de dermatitis, y un 17,8% de DAI en el hospital que continuaba con los cuidados habituales, predominando el grado 0 en más del 80% de los casos detectados en los dos hospitales. En cuanto a las UPP, en el hospital con el protocolo, el 8,9% de los pacientes presentaron UPP, en comparación con el hospital sin protocolo, donde fueron el 17,8%. La satisfacción del paciente con la higiene seca (toallitas/manoplas) fue puntuada con 5 (escala Likert de 1-5 puntos), por el 89,1% de los pacientes, y la higiene tradicional (agua y jabón), se puntuó por los pacientes siguiendo la misma escala con un 5 en un 67,3%. En cuanto a la satisfacción con el producto absorbente utilizado, en el hospital donde se ha mejorado la valoración del paciente para adecuarlo a su situación específica, el 86,1% de los pacientes se encuentran muy satisfechos, frente al 63,4% cuando se utiliza el mismo producto para todos, siendo el costo prácticamente igual en los dos hospitales para los productos absorbentes, pero más elevado para el conjunto de los cuidados en el hospital sin protocolo, por las complicaciones asociadas. En relación a la satisfacción con los cuidados recibidos, en el hospital donde se ha incluido el protocolo, fue valorada con 5 por el 95% de los pacientes, frente al 68,3% que la puntuó igual en el hospital que sigue con los cuidados habituales.

DISCUSIÓN: Aplicar un protocolo de cuidados, basado en evidencia científica, que incorpora formación al profesional, modificaciones en la historia clínica electrónica para su aplicación asistencial, y cambiar la higiene tradicional por la higiene seca, supone una mejora en la satisfacción del paciente en cuanto a los cuidados recibidos y el producto absorbente elegido para su incontinencia, contribuyendo a disminuir el riesgo de DAI.

En función de los resultados obtenidos en los dos hospitales participantes, se considerará la ampliación de este estudio al resto de los hospitales públicos de la Región de Murcia, ya que, al estar inmersos en un proceso de convergencia, van a disponer en Selene de los mismos formularios y registros introducidos a consecuencia de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Palomar-Llatas, F. et al. Estudio del uso de dispositivos absorbentes en pacientes incontinentes institucionalizados aplicando una escala de valoración de dermatitis de pañal por humedad. *Enfermería dermatológica*. 2013; 20: 14-30.
2. Joh, H. K., Seong, M. K., & Oh, S. W. Fecal incontinence in elderly Koreans. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010; 58(1), 116-121.
3. Segovia-Gómez, T.; Bermejo Martínez, M.; García-Alamino, J.M. Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas. *Gerokomos*. 2012; 23(3).
4. Bou, J. E. T., Palma, M. R., Agreda, J. J. S., Fernández, F. P. G., Lavín, R. S., Blanco, J. Z., & Gómez, T. S. Redefinición del concepto y del abordaje de las lesiones por humedad. Una propuesta conceptual y metodológica para mejorar el cuidado de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH). *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y*

Gerontológica. 2013; 24(2), 92-96.

5.Gray, M., Black, J. M., Baharestani, M. M., Bliss, D. Z., Colwell, J. C., Goldberg, M., & Ratliff, C. R. Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 2011; 38(3), 233-241.

6.Gray, M., Beeckman, D., Bliss, D. Z., Fader, M., Logan, S., Junkin, J., & Kurz, P. Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 2012; 39(1), 61-74.

7.Beeckman D et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinenceassociated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International* 2015. Disponible para su descarga en [www. woundsinternational.com](http://www.woundsinternational.com).

8.Heywood, N., & Holloway, S. Risk factors for incontinenceassociated dermatitis: an evidence-based review. *Wounds UK*. 2014; 10(4).

9.Segovia-Gómez, T., Bermejo Martínez, M., & García-Alamino, J. M. Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenir las. *Gerokomos*. 2012; 23(3), 137-140.

10.Riaga Quevedo, V. Úlceras por presión como indicador de calidad asistencial. 2013.

Mesa de Comunicaciones 11: Calidad de los cuidados y Seguridad de los pacientes

Concurrent Session 11: Quality of Care and Patient Safety

AUTORES/AUTHORS:

ELIA GOMEZ LOSADA, IGNACIA CHERCOLES LOPEZ, MARTA FERNANDEZ GONZALEZ

TÍTULO/TITLE:

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES COVID-19 INGRESADOS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS PROVINIENTES DE UNIDADES DE CRITICOS

1. Introducción

En diciembre de 2019 se origina en Wuhan, (provincia de Hubei, China) un virus denominado SARS-COV-2, causante de una enfermedad llamada "Síndrome respiratorio agudo grave coronavirus 2" (Covid19).

EL 11 de marzo del 2020, debido a la gran propagación del virus la OMS declarara la pandemia(1)por COVID.

El hospital del Mar (centro asistencial principal de la institución Parc de Salut Mar) es uno de los hospitales de referencia COVID de Barcelona. La primera unidad de hospitalización en confinarse fue la de Enfermedades Infecciosa. Los demás centros hospitalarios y sociosanitarios de la misma institución realizaron funciones de soporte al Hospital del Mar.

Las manifestaciones clínicas que presenta esta infección pueden ser dispares: a veces muy leves e inespecíficos, casi inapreciables (desde un resfriado común hasta fiebre, tos, expectoración, malestar general, náuseas, vómitos y diarrea) hasta graves (neumonía, afectaciones cardíacas, neurológicas, estados de hipercoagulabilidad, etc.) que requieren ingresos hospitalarios(2) de los cuales el 15% deben ser atendidos en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (3)

Todos los pacientes con COVID 19 presentan desnutrición aguda debido al proceso infeccioso, acompañada de falta de apetito que conlleva a una desnutrición súbita y grave con perdida brusca de peso y masa muscular que provoca un ataque sobre el sistema inmunitario y, en consecuencia, una bajada de defensas (4)

El servicio de Endocrinología y Nutrición del Parc de Salut Mar realizó un protocolo en el cual todo paciente COVID positivo que pudiera recibir soporte nutricional vía oral iniciara suplementación nutricional líquida, hipercalórica e hiperproteica en forma de dos suplementos diarios.

Los pacientes ingresados en Unidades de Críticos (UC) son más vulnerables a la aparición de UPP. Las razones que podrían explicarse residirían en las condiciones específicas del paciente crítico, tanto físicas como psíquicas, así como en los procedimientos terapéuticos a los que se ve sometido: sedación, ventilación mecánica, estado nutricional, fármacos vasoactivos o técnicas de depuración renal entre otras.

En el Parc de Salut Mar se realiza la valoración del riesgo de padecer úlceras por presión (UPP), en nuestro caso utilizamos la Escala Braden, a todos los pacientes en el momento del ingreso, reevaluando cada 7 días y siempre que cambia la situación clínica del paciente. Durante la estancia hospitalaria se realizan todas las medidas de prevención y tratamiento de las UPP de forma sistemática y, como indica el protocolo de UPP, estos pacientes pueden recibir el soporte de los servicios de rehabilitación y endocrino.

En el ámbito de las unidades de críticos, el servicio de Fisioterapia y rehabilitación, proporcionan soporte durante todo el proceso asistencial, pero adicionalmente proporcionan asistencia en el destete del respirador, reforzando la musculatura respiratoria, favoreciendo la elasticidad del tejido pulmonar y pleural, realizando técnicas de drenaje de secreciones y ayudando en el manejo postural, estimulando la movilidad de los pacientes (6).

2. Objetivo

Describir las características de los pacientes COVID-19 positivos ingresados en la unidad de hospitalización de enfermedades infecciosas que presentaron Úlceras por Presión y debido a su estado de gravedad clínica requirieron ingreso en Unidades de Críticos.

3. Metodología

3.1 Diseño

Estudio descriptivo observacional retrospectivo

3.2 Población de estudio

Pacientes ingresados en la unidad del Hospital del Mar de Enfermedades Infecciosas con COVID 19 que presentan UPP y que provenían de unidades de críticos

3.3 Variables

Variables Sociodemográficas

- Edad
- Sexo

Variables Analíticas

- IMC
- Albumina
- Dímero D

Variables Prevención

- Cambios posturales en UC
- Colchón aire en UC
- Movilización
- Dietista

Variables tiempo

- Días estancia en UC
- Días estancia en unidad de hospitalización

Úlceras por presión

- Localización
- Estadio
- Tratamiento
- Tiempo de resolución

3.4 Periodo

El periodo del estudio fue desde el 15 de marzo del 2020 al 15 mayo 2020, tiempo durante el que fue realizado el confinamiento de la Unidad de Enfermedades Infecciosas por ingreso de pacientes COVI-19 < positivo.

Todos los datos del estudio fueron recogidos de las Trayectorias de Enfermería por el equipo investigador

4. Aspectos éticos

Este estudio se ha desarrollado respetando la legislación vigente, el código deontológico, Declaración de Helsinki y los cuatro principios de la Bioética. Se ha respetado la Confidencialidad de los datos de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de "Protección de Datos de Carácter Personal". (3)

No presenta conflictos de interés.

5. Resultados

Durante el período de estudio se detectaron:

- 4 pacientes procedentes de unidades críticos con UPP
 - 4 UPP estadio IV en zona sacra
 - 3 UPP estadio III en los talones
 - 1 UPP estadio III en puente nasal

Las curas se realizaron siguiendo el protocolo de la Institución:

Cura Ambiente Húmedo en sacro según el método T.I.M.E y aplicando Terapia Presión Negativa.

Cura seca en los talones y puente nasal

Todas se han comportado con una recuperación rápida estando a los 98 días de media, en proceso de epitelización desde el inicio del registro de la UPP.

El 75% de los pacientes eran hombres con una media de edad de 64 años.

Al ingreso en Unidades Críticas todos los pacientes presentaban una media de:

IMC 31.25 (marcado sobrepeso)

Albumina 2.9 gr/dl

Dímero D 4442.

Estancia media en las UC fue de 18 días.

Durante su estancia en la unidad de hospitalización convencional presentaban una media de:

IMC 28,3

Albumina 2.75 gr/dl

Dímero D 2907

La estancia media en la unidad de hospitalización fue 48 días

La estancia media total fue de 69 días de ingreso hospitalario.

Cabe destacar que en la prevención de UPP en el 100% de los casos los pacientes eran portadores de colchón de aire, se le realizaron cambios posturales aplicándoles dispositivos locales de reducción de la presión e inicio de movilización temprana. El estado de gravedad inicial de los paciente en la UC implicó que las movilizaciones y cambios posturales no fuesen posibles con la asiduedad necesaria en un estadio temprano de la infección.

Al ingreso en planta todos los pacientes iniciaron suplementación nutricional vía oral según protocolo institucional.

Durante todo el ingreso hospitalario recibieron soporte de rehabilitación pulmonar y funcional, iniciando de forma temprana las movilizaciones y alcanzando, en un promedio de 8 días, en la unidad de hospitalización tras la estancia en la UC, un alto nivel de autonomía.

6. Conclusiones

Todos los pacientes a su ingreso hospitalario tenían un IMC con marcado sobrepeso, una hipoalbuminemia importante y unos valores de dímero D elevados.

El inicio de la suplementación oral (según protocolo del servicio de nutrición) y enoxaparina, contribuyó a la normalización de los valores de albúmina y dímero D.

La intervención del equipo de nutrición, una vez resuelto el cuadro de gravedad del paciente tras su estancia en UC, ayudó a la normalización de los valores de albumina. A su vez, el inicio de enoxaparina fue clave para la normalización del dímero D.

A pesar de las medidas de prevención aplicadas, los pacientes a estudio desarrollaron UPP sacras de estadio IV con tunelizaciones en el 50% de los casos de gran tamaño y difícil abordaje y curas, pero con una resolución precoz tras la normalización de los valores analíticos y mejoría del paciente.

La situación de gravedad y desborde sanitario por la pandemia, no supuso obstáculos para la creación de nuevos protocolos para el abordaje multidisciplinar de pacientes con COVID-19.

El abordaje integral, multidisciplinar e individualizado del paciente permite la recuperación rápida del estado de salud y de la UPP, acortando el tiempo de estancia en UC y, posteriormente, en la unidad de hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020.
2. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualización no 39. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) [Internet]. Ministerio de Sanidad. Dirección general de Salud Pública, Calidad e Innovación. Gobierno de España. 2020. Available from:
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_39_COVID-19.pdf
<http://www.fda.gov/Food/FoodborneIllnessContaminants/Metals/ucm320448.htm>
3. Sociedad Española de Medicina Intensiva C y UC. COVID-19 – Semicyuc [Internet]. [cited 2020 Jul 12]. Available from:
<https://semicyuc.org/covid-19/>
4. Recomendaciones de alimentación y nutrición para la población española ante la crisis sanitaria del COVID-19.
5. Rodríguez E, Medina M, Camacho S, Barrera A, Martínez A, Garroz R, et al. Recomendaciones de alimentación y nutrición para la población española ante la crisis sanitaria del COVID-19. Acad Española Nutr y Dietética y del Cons Gen Colegios Of Dietist [Internet]. 2020;1(crisis sanitaria):1–22. Available from:
academianutricionydietetica.org/NOTICIAS/alimentacioncoronavirus.pdf
Academianutricionydietetica.org/NOTICIAS/alimentacioncoronavirus.pdf
6. Thomas P, Baldwin C, Bissett B, Boden I, Gosselink R, Granger CL, et al. Fisioterapia en el manejo del paciente COVID19 en fase aguda hospitalaria [Internet]. Journal of physiotherapy. 2020 [cited 2020 Jul 12]. Available from:
<https://www.journals.elsevier.com/journal-of-physiotherapy>
7. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Sec I 2018. 2018 [cited 2020 Jul 12]. p. 119778–857. Available from:
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>

AUTORES/AUTHORS:

Ana Isabel Moreno Larumbe, Nerea Bermejo De La Iglesia, Edurne Zudaire Martinez , Elena Zapata Hermoso, Vanesa Marin Gasco

TÍTULO/TITLE:

COMPLICACIONES AL CANALIZAR UNA VIA VENOSA PERIFERICA

Ana Isabel Moreno Larumbe, Nerea Bermejo De La Iglesia, Edurne Zudaire Martinez, Elena Zapata Hermoso, Vanesa Marín Gasco
PALABRAS CLAVE

Catéter venoso periférico (CVP), Flebitis, Extravasación, Obstrucción.

INTRODUCCION

Actualmente la inserción de un catéter venoso periférico es casi un acto imprescindible en la medicina hospitalaria, para su realización se requiere una competencia técnica y destreza manual, conocimientos de anatomía y fisiología del sistema vascular y Farmacoterapia. En nuestra planta de Medicina Interna (MI) el porcentaje de pacientes ingresados portadores de catéter venoso periférico (CVP) se sitúa en el 84%. El proceso de colocación del CVP así como su uso y mantenimiento puede comprometer la seguridad del paciente, suponiendo una puerta abierta al interior del organismo, siendo las complicaciones más observadas: la flebitis, que es la inflamación de una capa interna de la vena, que puede ir acompañada de dolor, eritema, edema, endurecimiento y/o un cordón palpable cuyo origen puede ser mecánico, químico o infeccioso, la extravasación es la fuga o salida no intencionada de fluido del conducto o vaso que lo con9ene hacia el tejido y espacio intersticial que lo rodea y la obstrucción del CVP que es una parcial o permanente incapacidad de obtener flujo sanguíneo o de infundir sustancias a través del lumen del acceso vascular. Según EPINE 2019 la 4a causa de bacteriemias e infecciones están asociadas en un 16% a los catéteres.

1

OBJETIVO

Objetivo General

Identificar la Incidencia y factores de riesgo, asociados a los efectos adversos producidos por la canalización, uso y mantenimiento de los catéteres venosos periféricos.

Objetivo específicos

Disminuir las complicaciones ocasionadas por la inserción de un catéter periférico, especialmente Flebitis, Obstrucciones y extravasaciones.

Mejorar la calidad de vida de pacientes con dispositivos venosos periféricos.

Elaborar recomendaciones de inserción, uso y re9rada de catéteres venoso periféricos basadas en la evidencia.

2

METODO

Estudio observacional prospectivo, realizado en el periodo del 14 al 28 de febrero de 2019 en una planta de hospitalización de MI. Se analizó una muestra de 63 vías venosas periféricas (34 CVP fueron canalizados en hombres y 29 en mujeres) en pacientes con un rango de edad de 39-92 años a los que se les canalizó un CVP en la unidad (se excluyeron pacientes con CVP canalizados en otro servicio), manteniendo los criterios establecidos en el estudio multicéntrico de Flebitis Zero (FZ).

Se analizó una muestra de 63 CVP. La revisión y recogida de datos se realizó en cada turno en un registro donde se anotó edad, sexo, antecedentes médicos (Hipertensión, Diabetes Mellitus, Obesidad problemas respiratorios y Neoplasia), higiene de manos, preparación de la piel, número de catéteres, calibre de los mismos, duración, extremidad izda/dcha, lugar de punción, sujeción, tratamientos intravenosos (antibiótico, diurético, corticoide y fluidoterapia), obstrucción del catéter, extravasación, fecha de aparición de la flebitis y grado de la misma según escala Maddox.

Paralelamente se realizo un estudio analítico de las variables dicotómicas utilizando el Test exacto de Fisher, Test t student y Test

chi-cuadrado.

2

RESULTADOS

De los 63 CVP que forman el estudio se observó en un 47% algún efecto adverso, 14 (22%) tuvieron flebitis, 9 (14%) obstrucción y 7 (11%) extravasación.

En nuestro estudio analizamos las tres complicaciones observadas.

En relación con la flebitis se comprobó que no había diferencia significativa entre el sexo masculino y el femenino; en los antecedentes médicos, los problemas más frecuentes fueron los respiratorios, seguidos de las neoplasias. En cuanto al calibre del CVP, predominó el calibre número 22; referente al tratamiento endovenoso, destacó la administración de antibiótico en la aparición de flebitis, siendo el Levofloxacino el más frecuente, seguido de la Furosemida y después la fluido terapia.

En relación con la obstrucción del catéter, se apreció mayor número de casos en el sexo masculino que en el femenino; según los antecedentes médicos, prevaleció la Diabetes Mellitus en primer lugar y segundo la Hipertensión arterial; en cuanto al calibre del CVP se observó la misma incidencia con el calibre número 22 que con el número 24; referente al tratamiento endovenoso, la administración de corticoide fue la que más obstrucciones produjo.

Por último en relación con la extravasación, se observó que la incidencia en el sexo femenino era ligeramente superior, teniendo en cuenta los antecedentes médicos, fue la obesidad la patología a destacar, según el calibre del CVP, el del número 24 fue el que más extravasaciones causó, el tratamiento endovenoso no fue significativo.

El registro del resto de variables estudiadas (higiene de manos, preparación de la piel, número de catéteres, calibre de los mismos, duración, extremidad izquierda/derecha, lugar de punción y sujeción) en la realización del procedimiento de la inserción de un CVP, fue muy similar en las 63 canalizaciones. Se revisó el punto de inserción del CVP diariamente buscando señales y síntomas de flebitis, realizando una valoración basándonos en la Escala de Maddox, y según dicha valoración en nuestro estudio se observó el Grado 1 en 7 CVP (50%), el Grado 2 en 6 (43%) y el Grado 4 en 1 (7%).

La inserción de un CVP puede dar lugar a complicaciones de las cuales la flebitis ha sido la más observada, con una incidencia del 22%.

3

Estudio Analítico de las variables.

Edad p-valor 0.641, HTA p-valor 0.452, DM p-valor 0.344, Obesidad p-valor 0.053, Neoplasia p-valor 0.243, Respiratorio p-valor 0.380, duración p-valor 0.148, calibre p-valor 0.211, lateralidad p-valor 0.355, higiene de manos p-valor 0.876, preparación de la piel p-valor 1.03, apósito refuerzo p-valor 0.211, tratamiento antibiótico p-valor 0.036, tratamiento diurético p-valor 0.892, tratamiento corticoide p-valor 0.270, fluidoterapia p-valor 0.518.

De todas las variables analizadas solamente antibiótico aparece como relacionada de manera estadísticamente significativa con Flebitis (p-valor=0.036), con un 32.4% de Flebitis entre las vías con tratamiento antibiótico y un 10.3% en las vías sin. Obesidad está cerca de la significación estadística (p-valor=0.053), con 0 casos de Flebitis en las vías de personas con obesidad.

DISCUSION

El desarrollo de alguna de las complicaciones derivadas de la inserción, uso o mantenimiento del catéter según la serie revisada, parece estar asociado a tres factores; relacionados con el paciente (patologías previas), con el catéter y con el tratamiento endovenoso.

Para prevenir y reducir efectos adversos e incidentes relacionados con los CVP, se requiere una elección adecuada del tipo de catéter, higiene de manos, preparación de la piel, mantenimiento aséptico de los CVP (apósito estéril transparente semi-permeable para visualizar de manera constante el punto de inserción) y retirada de CVP innecesarios.

4

CONCLUSION

Según la serie estudiada el factor adverso más observado es la Flebitis. Sería conveniente hacer una reflexión sobre la práctica habitual en la inserción de un CVP, así como en el uso y mantenimiento del mismo, teniendo en cuenta la medicación administrada y la vigilancia continuada por parte del equipo de Enfermería. Priorizar la incorporación de prácticas seguras con el objetivo de disminuir la incidencia de complicaciones en la canalización de una vía venosa periférica y proporcionar un entorno seguro al paciente que precise de ella.

5

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Servicio de Medicina Interna de Complejo Hospitalario de Navarra. (4ªGeneral)

www.Google.es

Arrazola, M., Lerma, D. & Ramírez, A. (2002). Complicaciones más frecuentes de la administración endovenosa de fármacos: Flebitis y Extravasación. Revista enfermería Clínica.

Proyecto Flebitis Zero. Buenas prácticas en seguridad del paciente (sede web). www.flebitiszero.com

Bellido Vallejo JC, Carrascosa García MI, García Fernández FP, Tortosa Ruiz MP, Mateos Salido MJ, Del Moral Jiménez J, Portellano Moreno A, Martínez Martos RM, Castillo Dorado B, Cabrera Castro MC, Ojeda García M, Colmenero Gutiérrez MD, Jesús Uceda T. Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Evidentia 2006; 3(9) [ISSN: 1697-638X]. <http://www.index-f.com/evidentia/n9/guia-avp.pdf>

Agradecimiento:

Arkaitz Galbete Jimenez. NavarraBiomed Pamplona (Navarra)

Carmen Ollobarren Huarte Supervisora de la 4ªG (Medicina Interna) del Complejo Hospitalario de Navarra

AUTORES/AUTHORS:

Encarnacion Fernandez del Palacio, Daniel Muñoz Jimenez, M^a José Hurtado Iglesias, José Ángel Gonzalez Sánchez, Rosa M^a Moreno Rodriguez, Enrique Pacheco del Cerro

TÍTULO/TITLE:

LOS COMENTARIOS/INCIDENCIAS DE ENFERMERÍA Y SUS DIFERENCIAS EN LOS PACIENTES CON SARS-COV-2

ANTECEDENTES-INTRODUCCIÓN:

La pandemia provocada por el coronavirus SARS-CoV-2 ha motivado la publicación de un sinnúmero de trabajos científicos. Uno de los primeros trabajos a resaltar fue el de Lai et al(1) en el que hace referencia a la situación clínica de los pacientes, diferenciando sintomáticos y asintomáticos. Adhikari et al(2) hace una revisión resaltando aspectos clínicos, mecanismos de transmisión y medidas a realizar para evitar la diseminación.

A modo de actualización, hay revisiones de los aspectos de la infección, genética, vírica, clínica y terapéutica (3). Keller et al(4) publica una revisión que analiza la prevalencia, diseminación viral, síntomas y situación de gravedad de los pacientes. Hay autores que describen la presencia de fiebre, en el 76% al 99%, mientras que otros solamente en el 38% al 55%.

Existen estudios que definen acciones de enfermería como Wang et al (5), resaltando el cuidado holístico. Sharma et al(6) realizó una revisión, incluyendo la "literatura gris", describe las acciones que enfermería debe realizar en las diferentes situaciones y ubicación. De Andres-Gimeno et al (7), describe de una manera precisa, las actuaciones de enfermería en diferentes unidades. Los trabajos que han estudiado la repercusión sobre el personal sanitario es amplio; Gómez-Ochoa et al (8), identifica que las enfermeras son trabajadores sanitarios con mayor número de positivos por RT-PCR, y tienen mayor nivel de contagio aquellos que trabajaban en unidades de hospitalización. Este estudio identifica la presencia de anosmia y fiebre (odds ratio 28,37 y 4,86 respectivamente). Clemency et al (9), aporta datos de valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de los diferentes síntomas presentes en los pacientes con COVID-19, obteniéndose que la pérdida de gusto y olfato tiene un VPP de 0,5 y VPN de 0,85, la fiebre un VPP de 0,31 y VPN de 0,83. Iversen et al(10), concluyeron que la pérdida de gusto y olfato fue el síntoma que se asoció con mayor fuerza a la seropositividad del personal. En esta misma línea, el trabajo de Schroeder et al(11), sobre las experiencias de enfermeras registradas, demuestra la necesidad de comunicación clara y completa, proteger al personal y brindar apoyo social y emocional. Existen muchos estudios que analizan aspectos diferenciadores de la situación emocional de personal sanitario en los que concluyen, que es necesario el apoyo, mejorar resiliencia y apoyo social (12)(13).

HIPÓTESIS: El intercambio de información en los cambios de turno y los comentarios de enfermería reflejados en la historia de los pacientes con COVID-19 permite identificar los cuidados prestados y las características de los mismos.

DISEÑO: Se realizó un análisis cualitativo de los comentarios e informe de turnos en pacientes ingresados en hospitalización con diagnóstico COVID-19, desde el inicio de la pandemia hasta mediados del mes de abril de 2020 en el Hospital Clínico San Carlos, siendo la población hasta ese momento de 1320 pacientes. La selección mediante muestreo aleatorio simple del total de pacientes, incorporándolos al estudio hasta conseguir la saturación de los datos. Para el análisis se utilizó el programa Atlas TI 8.0. Los datos se ajustaron a los dominios de la clasificación NANDA-I.

RESULTADOS: La muestra estuvo constituida por un total de 50 sujetos de los cuales 28 fueron hombres y 22 mujeres. La media de edad fue de 78 años (máx. 96-min. 47); 77,8 años en mujeres (máx. 96-min. 49) y 78,21 años en hombres (máx. 92-min. 47). La distribución según resolución del ingreso fue de 64% alta y 36% exitus, existiendo una diferencia significativa en la mortalidad por sexos 42,8% hombres y 27,2% mujeres. Puesto que el tamaño de la muestra estuvo delimitado por el criterio de saturación en ningún caso puede interpretarse como representativa del conjunto de la población. El tiempo medio de ingreso fue de 8,4 días. Si analizamos los comentarios e informe de turnos de las enfermeras en los pacientes COVID-19, organizándolos en base a la clasificación de la taxonomía II de la NANDA, observamos que no existe ningún comentario en ningún paciente, con los Dominios de

Autopercepción, Sexualidad, Principios vitales y Crecimiento/Desarrollo.

Así mismo, el dominio de Rol/Relaciones, si se ha realizado alguna consideración en el informe de turnos, sin embargo se refiere a situaciones puntuales como: "Acompañada por su hija, quien le realiza todos los cuidados". Es de reseñar que en el dominio Autopercepción, solamente se realizan comentarios respecto a "agitación" del paciente. Así mismo, en el dominio Promoción de la Salud, se realizan comentarios en el momento del ingreso y la situación del paciente en el mismo, con un resumen de sus antecedentes y sus situaciones especiales (como alergias).

Según el análisis de nube de términos, el tamaño de las palabras está condicionado por la frecuencia de aparición de dichos términos en los comentarios evolutivos. Del análisis de las nubes de términos la palabra que más veces se repite es "afebril". Se observan diferencias entre el conjunto de los pacientes y los fallecidos; entre los fallecidos hay términos con "saturación" o "reservorio" apareciendo con frecuencia.

Se representó el árbol de códigos extraídos de los comentarios y se asignaron a cada dominio NANDA. En relación al dominio de nutrición, los árboles de códigos, son muy similares, sin embargo en los pacientes fallecidos no se identifican "dietas líquidas", o en el inicio de "tolerancia" o "tolerancia a líquidos".

En el dominio Eliminación/Intercambio, no existen grandes diferencias, las secreciones respiratorias no presentan ninguna variación, así como la eliminación urinaria. Donde se pueden observar cambios es en la eliminación intestinal, en el conjunto aparece dieta "normal", o "deposición oscura", o "no deposición", no apareciendo esto entre los fallecidos. De la misma manera solamente en el total de los pacientes aparecen códigos referidos a tratamientos, como son "dieta astringente", "administración de laxantes", "administración de enemas".

El más representante es el dominio de Actividad/Reposo. De todos ellos el de que más comentarios es respiración, pero el más voluminoso es movilidad e higiene, sobre todo si lo relacionamos con la situación de dependencia. Como es habitual, los pacientes pueden evolucionar de independiente a dependiente, total o parcial y volver a un punto parecido al de partida. En respiración el aspecto más reseñable es la utilización de CPAP, acción terapéutica que aparece solo en los no fallecidos.

En relación con la movilidad e higiene, los pacientes fallecidos no hay acciones relacionadas con los independientes: "camina con ayuda al baño", "aseo en el baño". En vascular del dominio, destaca entre los pacientes fallecidos el comentario "hipotensión".

Destacaron dos dominios de la taxonomía, por un lado el dominio de Percepción cognición, en el que se observa que muchos de los pacientes están desorientados y/o confusos "El paciente no habla no responde a órdenes", "Está decaído y con escasa respuesta verbal a estímulos"; los pacientes fallecidos tienen una situación más desconectada del medio, "agitados", "desorientados" y "bajo nivel de conciencia". En el dominio de Seguridad/Protección se observan dos aspectos, uno la temperatura, la más frecuente "afebril" (nube de términos), seguida de febrícula. El segundo aspecto es el aumento de la presencia de úlceras por presión, superando la situación previa a la pandemia; los pacientes fallecidos no presentan úlceras grado I, normalmente de grado III o IV.

DISCUSIÓN: Respecto a la falta de comentarios en los informes de turnos, de algunos dominios de la taxonomía II de la NANDA, es habitual en presencia de situaciones clínicas con un alto volumen de pacientes y en muchos casos graves, que desbordan los sistemas sanitarios. Los Dominios de Autopercepción, Sexualidad, Principios vitales y Crecimiento/Desarrollo, no se abordan normalmente; excepto en situaciones y/o pacientes concretos, como los niños en crecimiento/desarrollo, o los pacientes oncológicos con el trastorno de la imagen corporal. En cuanto al dominio de Rol/Relaciones, son escasos al inicio de los ingresos hospitalarios del COVID-19, no estando restringidas las visitas, cuando se restringieron desaparecieron completamente de los comentarios e informes de turno. El planteamiento de las acciones de enfermería tiene múltiples visiones, sin olvidar que se produce en una situación de presión asistencial sin precedentes y con un número elevado de muertes. Wang et al(5), en ésta época de SARS-CoV-2, describió los cuidados de enfermería desde un enfoque holístico; desarrollado en China en el inicio (más sorprendente y devastador) de la pandemia. Sin embargo, los trabajos de Sharma et al(6) y de Andrés-Gimeno et al(7) hacen un enfoque amplio pero no completo de todos los dominios, centrándose principalmente en acciones físicas y en cuidados paliativos. Las acciones enfermeras se centraron en varios dominios, aunque destacó el de Actividad/Reposo, donde la situación respiratoria tiene una importancia alta

en el cuidado de estos pacientes. La evolución desde los cuadros clínicos iniciales en China, nos ha permitido tener un conocimiento de los cuidados que deben prestarse, pero sin la experiencia necesaria. Con los trabajos científicos de revisión en éste último mes, se presenta una situación compleja pero más abordable (3)(4). Se ha perfilado la utilización de fármacos como corticoides, Ye et al(14). En los cuidados de enfermería acciones con el fin de mantener saturación de oxígeno del 90% (6)(7). También han evolucionado los cuidados respiratorios, realizar ventilación invasiva (intubación) cuando los pacientes suelen presentar deterioro pulmonar progresivo con disminución de la saturación de oxígeno. Ningún estudio previo hace referencia al aumento en la prevalencia de úlceras por presión, a mayor incidencia de desorientación y agitación, necesidad de sujeción, por supuesto, acerca de la higiene y la movilidad, puesto que son pacientes en un estado físico muy deteriorado. De la misma forma ocurre con el dominio de eliminación, en el que las manifestaciones se entienden como situaciones derivadas del proceso que hay que atender pero no de manera prioritaria. Por el contrario, la nutrición sí tiene una cierta relevancia, sobre todo en los aspectos relacionados con la hidratación y niveles de electrolitos; no obstante, los comentarios como “no tienen apetito” o “no comen”, denotan la necesidad de un abordaje más incisivo para mejorar o mantener el estado nutricional.

CONCLUSIONES: Es necesario revisar y actualizar la gestión de los cuidados, con el fin de mejorar la atención a los pacientes COVID-19 y conseguir unos cuidados continuados de calidad. Es importante tener presente la situación de los pacientes y establecer sistemas de priorización de cuidados, como el conocido esquema de la jerarquía de las necesidades de Maslow, en el que en situaciones de necesidad física, como es el caso, es donde la enfermería se debería centrar. Pero la integración de las diferentes esferas de los cuidados holísticos es fundamental para un cuidado adecuado de las necesidades de la persona, aun cuando en determinadas situaciones predominen las físicas o las psicológicas. En base a este planteamiento, hay que desarrollar planes de cuidados donde se puedan integrar todos los dominios, todas las necesidades de los pacientes. Cuando se realizó el estudio, se hicieron evidentes situaciones que hoy en día han sido asentadas por otros estudios, como la no tan importante relevancia de la temperatura, siempre estará presente puesto que es una infección, pero ni dura tanto ni es tan patognomónica. La necesidad de actuaciones respiratorias desde el inicio y acciones respiratorias mucho más enérgicas cuando se presente un deterioro importante del árbol respiratorio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ortiz-Prado E, Simbaña-Rivera K, Gómez- Barreno L, Rubio-Neira M, Guaman LP, Kyriakidis NC, et al. Clinical, molecular, and epidemiological characterization of the SARS-CoV-2 virus and the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), a comprehensive literature review. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2020;98(1).
2. Keller KG, Reangsing C, Schneider JK. Clinical Presentation and Outcomes of Hospitalized Adults with COVID-19: A systematic review. *J Adv Nurs [Internet].* 2020 Sep 3 [cited 2020 Sep 15]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32881050>
3. Wang H, Zeng T, Wu X, Sun H. Holistic care for patients with severe coronavirus disease 2019: An expert consensus. *Int J Nurs Sci.* 2020;
4. Sharma SK, Nuttall C, Kalyani V, Hemlata. Clinical nursing care guidance for management of patient with COVID-19 [Internet]. Vol. 70, *Journal of the Pakistan Medical Association.* 2020 [cited 2020 Sep 17]. p. S118–23. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-32515397>
5. de Andrés-Gimeno B, Solís-Muñoz M, Revuelta-Zamorano M, Sánchez-Herrero H, Santano-Magariño A, Bodes Pardo RM, et al. Nursing care for hospitalized patients in COVID-19 units. *Enferm Clin [Internet].* 2020 [cited 2020 Sep 17]; Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-32732015>
6. Gómez-Ochoa SA, Franco OH, Rojas LZ, Raguindin PF, Roa-Díaz ZM, Wyssmann BM, et al. COVID-19 in Healthcare Workers: A Living Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence, Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes. *Am J Epidemiol [Internet].* 2020 Sep 1 [cited 2020 Sep 15]; Available from:

<https://academic.oup.com/aje/advance-article/doi/10.1093/aje/kwaa191/5900120>

7. Clemency BM, Varughese R, Scheafer DK, Ludwig B, Welch J V., McCormack RF, et al. Symptom Criteria for COVID-19 Testing of Health Care Workers. *Acad Emerg Med*. 2020;27(6):469–74.
8. Iversen K, Bundgaard H, Hasselbalch RB, Kristensen JH, Nielsen PB, Pries-Heje M, et al. Risk of COVID-19 in health-care workers in Denmark: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2020 Aug 3;
9. Schroeder K, Norful AA, Travers J, Aliyu S. Nursing perspectives on care delivery during the early stages of the covid-19 pandemic: A qualitative study. *Int J Nurs Stud Adv* [Internet]. 2020 Nov [cited 2020 Sep 15];2:100006. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666142X20300059>

Mesa de Comunicaciones 12: Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2

Concurrent Session 12: Impact of SARS-CoV-2 Pandemic

AUTORES/AUTHORS:

María Isabel Macías Domínguez, Susana Fernández Carrasco, María Josefa González García, Ana María Mateo Cervera, Marta Ortiz Zubillaga, Amaya Mañeru Oria

TÍTULO/TITLE:

- Conocer la experiencia de los profesionales sanitarios y Jefaturas de Unidad que han participado en la Gestión de visi

Objetivos

- Conocer la experiencia de los profesionales sanitarios y Jefaturas de Unidad que han participado en la Gestión de visitas en las Unidades de Covid-19.

Métodos

Métodos

Estudio: Estudio exploratorio, descriptivo, cualitativo y cuantitativo en su análisis, realizado mediante cuestionarios anónimos, autoadministrados, y estructurados de preguntas abiertas y cerradas. Se utilizó para la creación de los cuestionarios la aplicación Google Forms.

Ámbito de estudio: Un total de diez Unidades destinadas a la atención del paciente con la covid-19 del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).

Muestra: Se enviaron un total de 31 cuestionarios a los profesionales sanitarios que participaron de forma directa en la gestión de visitas. Esta gestión se realizó durante los meses de marzo, abril y mayo de 2020 en las Unidades Covid del CHN. Participaron en el estudio un total de 23 profesionales sanitarios, de los cuales 14 realizaban la gestión de las visitas y 9 trabajaban como Jefas de Unidad.

Metodología: Las variables de este estudio fueron de tipo exploratorio, utilizando la escala Likert para la formulación de las respuestas de cada ítem. Además, se realizó una pregunta abierta con texto libre de respuesta al final de cada cuestionario.

Resultados

CUESTIONARIO DIRIGIDO A JEFAS DE UNIDAD DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE VISITAS DURANTE LA COVID-19 EN EL CHN
A continuación, se presentan los resultados de los ítems incluidos en el cuestionario enviado a las Jefaturas de Unidad sobre la gestión de visitas en su unidad durante la covid-19 en el Complejo Hospitalario de Navarra. Respondieron a este cuestionario 9 de las 11 personas contactadas.

Respecto a los datos sociodemográficos, nos encontramos que el porcentaje de edad más elevado entre los profesionales es de un 44,4% en el rango de 25 a 35 años, seguido de un 22,2% entre los de 35 a 45 años, un 22,2 % entre 45 y 55 años y un 11,1 % de 55 a 65 años. En cuanto al sexo, el 100% de las personas que ocupan Jefaturas de Unidad son mujeres y la profesión básica que ostentan es la de enfermera en su totalidad.

Sobre los datos relativos a la gestión, al 56,6% les ha parecido muy útil la creación de esta nueva figura gestora de visitas, a un 33,3% les ha parecido bastante útil y un 11,1% no contesta. El horario laboral ejercido por los profesionales sanitarios al frente de la gestión de visitas les ha parecido a un 55,6% muy adecuado, a un 33,3% bastante adecuado y un 11,1% prefirió no contestar. En cuanto a la asignación de otras funciones a la enfermera gestora de visitas dentro de la Unidad Covid-19, las Jefaturas de Unidad contestaron un 22,2% que no, un 66,7 % que tal vez y un 11,1% no contesta nada al respecto.

Respecto a si consideran necesaria la figura de la enfermera gestora de visitas fuera de la pandemia de la Covid-19, un 66,7% de los encuestados contestaron que sí, un 22,2% tal vez y un 11,1% no contesta. El total de la muestra responde que solicitaría este servicio si se diera nuevamente la situación vivida durante los meses de marzo, abril y mayor de 2020.

En cuanto a la calificación final sobre este servicio, un 66,7% lo consideraron como muy bueno, un 22,2% como bueno y un 11,1%

no contesta.

En cuanto a la pregunta abierta con respuesta de texto libre, contestaron 3 participantes con las siguientes respuestas.

- “Creo que hubiera sido importante también escribir en el evolutivo de Irati porque a veces desde las unidades no sabíamos en que se había quedado con la familia”
- “Las visitas forman parte de la humanización de la salud y facilitarlas es una acción de cuidados imprescindible. Durante la pandemia el personal estaba saturado y fue de gran ayuda. Sobre la pregunta 8, sería una tarea del equipo de planta enriquecer y trabajar este aspecto, pero fuera de la pandemia, no creo que deba hacerlo una figura única”.
- “No creo necesario que la persona que gestiona las visitas sea enfermera”.

CUESTIONARIO DIRIGIDO A PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE VISITAS DURANTE LA COVID-19 EN EL CHN

A continuación, se presentan los resultados de los ítems incluidos en el cuestionario enviado al conjunto de profesionales sanitarios que participaron en la gestión de visitas durante la Covid-19 en el Complejo Hospitalario de Navarra. Respondieron a este cuestionario 14 de las 20 personas contactadas.

Respecto a los datos sociodemográficos, nos encontramos que el porcentaje de edad más elevado es de un 50% en el rango de 45 a 55 años, un 42,9% entre 55 y 65 años y un 7,1% entre 35 y 45 años. En cuanto al sexo, el 92,9 % de las profesionales son mujeres y 7,1 % hombres y en cuanto a la profesión ejercida fuera de temporada Covid-19 es un 92,9% enfermería y un 7,1% ópticos.

En cuanto a los datos propios de la gestión de las visitas, el conjunto de profesionales sanitarios contesta que han recibido una respuesta muy adecuada cuando han contactado con los familiares en un 57,1% y un 42,9% como bastante adecuada. Por otro lado, creen que ha sido satisfactoria la relación entre enfermera y visitante en un 64,3% como muy satisfactoria y un 35,7% como bastante satisfactoria.

Por otro lado, consideran que el visitante ha confiado en el profesional gestor de visitas en cuanto a la información recibida por él en un 57,1% como mucho, un 35,7% bastante y un 7,1% no contesta. En cuanto al visitante, ha cumplido las normas mucho un 64,3% y un 35,7% bastante.

Según la opinión de las personas encuestadas, el usuario se ha sentido bastante satisfecho con este servicio en un 71,4% y un 28,6% ha contestado como muy satisfecho.

El personal que ha participado en este estudio, ha contestado que volverían a realizar el mismo desempeño laboral con un sí en un 78,6% y un 21,4% respondió que tal vez.

La pregunta a los encuestados sobre la calificación del servicio, fue muy buena en un 57,1% y buena en un 42,9%.

En cuanto a la pregunta abierta con respuesta de texto libre, contestaron 3 participantes con las siguientes respuestas.

- "Personalmente, creo que ha sido una gran experiencia, y que con esta iniciativa se ha conseguido humanizar”.
- “Ayuda a que los familiares no se sientan culpables y a que no acudan sin previa cita. Para el personal de planta es cómodo”.
- “Es un trabajo muy duro emocionalmente”.

Discusión

Durante la pandemia de la covid-19, el sistema sanitario se ha enfrentado a una situación para lo que no estaba preparado. Ha tenido que adaptarse y reinventarse para poder dar solución a los problemas generados por la pandemia. Se han creado numerosos protocolos, procedimientos y guías de actuación en el entorno hospitalario.

Debido a la pandemia, España declaró el Estado de Alarma el 14/04/2020. Algunos de los derechos de los pacientes se vieron modificados como el contemplado en el artículo 16 de la Ley Foral 17/2010 8 de noviembre, relativo al derecho al acompañamiento¹.

Art 1: "Los centros, servicios y establecimientos sanitarios facilitarán el acompañamiento de los pacientes por un familiar o persona de su confianza excepto en los casos y situaciones en que esta presencia sea desaconsejable o incompatible con la prestación sanitaria"¹. (Ley Foral 17/2010 8 de noviembre).

Una de las medidas adoptadas en el CHN para los pacientes ingresados por Covid-19 y sus acompañantes, fue limitar el número de visitas durante el ingreso del paciente. Sólo se permitía el acompañamiento durante las 24h, al final de la vida y en casos de dependencia severa. Con esta medida se pretendía proteger al resto de pacientes, familiares y profesionales sanitarios.

Los pacientes ingresados por la Covid-19, son pacientes que además de sufrir la enfermedad de forma física, sufren también las consecuencias producidas por el aislamiento que viven durante todo el proceso. Todo esto conlleva un riesgo añadido, ya que pueden presentar complicaciones como insomnio, ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático (TEPT)² y un aumento del riesgo de caídas. Es importante desde Enfermería facilitar la comunicación de los pacientes con sus seres queridos, evitando así el aislamiento total y sus consecuencias.

El 13/03/2020 el Complejo Hospitalario de Navarra, estableció las medidas sobre las visitas a pacientes ingresados y aislados por covid-19. Entre otras, se restringían las visitas a una única persona no conviviente y en un horario contemplado entre las 17:00 h y las 19:00 h, durante el cual no se podía acompañar al paciente más de una hora. Si la gravedad del paciente lo exigía, estaba permitida la compañía de un acompañante durante las 24h.

A raíz de esta medida, la Dirección de Enfermería del CHN, creó la figura del profesional Gestor de Visitas. Mediante esta figura se pretendía aumentar la calidad y la humanización del cuidado prestado a estos pacientes afectados por la covid-19.

El profesional gestor de visitas, no sólo realizaba una labor meramente administrativa, como puede ser establecer el horario de las visitas. A través de las llamadas telefónicas realizadas a las personas designadas por el paciente, ejercían las siguientes labores:

- Escucha asertiva.
- Educación Sanitaria.
- Detección de problemas en el entorno del paciente a raíz de la covid-19.
- Enlace con el Equipo de Paliativos y Trabajo Social.
- Comunicación con el resto del equipo profesional que atiende al paciente.

El turno laboral de la persona gestora se desarrollaba entre las 12:00h y las 19:30h. Parte de este horario estaba dedicado a conocer el estado de salud de los pacientes asignados, a la realización de llamadas telefónicas a las personas de referencia y a la resolución de los problemas detectados. Otra parte estaba dedicada a la acogida de los acompañantes en el horario de visitas de 17:00h a 19:00h.

Tras este estudio se ha podido observar la dificultad emocional sufrida por el personal asistencial. Contactar con la persona de referencia mediante llamada puede resultar difícil en ocasiones. Es necesario contar con habilidades y herramientas de trabajo que permitan establecer una relación satisfactoria. El contacto telefónico con el entorno del paciente establece una relación con el equipo de salud que resulta compleja, ya que contempla aspectos éticos y emocionales⁴ que en ocasiones son difíciles de manejar.

La figura del profesional Gestor de Visitas ha supuesto una innovación en el terreno de los cuidados de enfermería a estos pacientes, ya que anteriormente no se desempeñaba este rol en el CHN. Esta experiencia ha resultado beneficiosa para el paciente, acompañante y profesionales que han realizado este trabajo, siendo además positiva para la mayor parte de éstos.

Es importante prestar al paciente unos cuidados humanizados desde una perspectiva integral y holística. "La humanización en el ámbito de la salud implica un compromiso ético, permite valorar a la persona en su totalidad y es un reflejo de los valores que guían la conducta del personal en el ámbito de la salud. Los valores centrados en la persona permiten establecer políticas, programas, efectuar cuidados de calidad y respetar la dignidad de todo ser humano" (Escobar-Castellanos & Cid-Henríquez, 2018)⁵. La creación del profesional Gestor de Visitas por la Dirección de Enfermería del CHN, ha supuesto una humanización del cuidado mejorando la calidad de la atención prestada al paciente.

Aún y todo se han detectado puntos de mejora que podrían aumentar la calidad, seguridad y efectividad del cuidado. Sería

necesario:

- Seleccionar el tipo de profesional capacitado para realizar la gestión de visitas.
- Formar al equipo profesional.
- Registrar en el programa informático de Enfermería Irati, lo acordado con el visitante para poder acceder a la información otros profesionales.
- Definir las funciones a realizar por este nuevo equipo, ya que se pueden complementar con otro tipo de tareas de gestión en las Unidades.
- Realizar más estudios sobre la calidad de la atención hospitalaria prestada al paciente y acompañantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Foral, L. (2010). 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra. Boletín Oficial del Estado, (139).
2. Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia Covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social.
3. Medidas para los pacientes ingresados por Covid 19 y sus acompañantes. Gerencia. Complejo Hospitalario de Navarra. 13 de marzo de 2020. Auzolan. Intranet Sanitaria del Gobierno de Navarra.
4. Sarria Guerrero, J. A., Guix Comellas, E. M., & Isla Pera, M. P. (2017). Implantación de la telemedicina, eSalud y atención telefónica de enfermería en España. Revista Rol de Enfermería, 40(4), 254-258.
5. Escobar-Castellanos, B., & Cid-Henríquez, P. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. Acta bioethica, 24(1), 39-46.

AUTORES/AUTHORS:

Claudia Morán del Pozo, Macarena García Urquiza, Víctor Alameda Casabella, Miriam Abellán Gómez, María Lara Martínez Gimeno, Genoveva Jaime Sevilla

TÍTULO/TITLE:

Efecto del uso prolongado del EPI en la atención a pacientes en UCI-COVID

Objetivos:

Analizar el impacto sobre los parámetros gasométricos y/o metabólicos que produce el uso prolongado del Equipo de protección individual (EPI) en los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Intensivos para pacientes con COVID19 del Hospital Central Cruz Roja de Madrid durante el periodo de mayo de 2020 a junio de 2020.

Describir la incidencia de úlceras por presión (UPP) en pabellones auditivos, pómulos, nariz y frente derivadas del uso del EPI.

Hipótesis:

Al tratarse de un estudio observacional descriptivo no se parte de una hipótesis, pero dado el carácter longitudinal del mismo se parte de la premisa de que el uso prolongado de EPIs para la atención de pacientes con COVID-19 produce una alteración en la gasometría se sangre capilar del profesional sanitario que lo utiliza.

Métodos:

Estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo con mediciones antes y después del uso del EPI de algunas variables.

La población de estudio fueron los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajaron en la UCI-COVID19, la cual era una originariamente una Unidad de Reanimación Posquirúrgica y debido a la saturación de los hospitales de la Comunidad de Madrid durante el mes de marzo, abril y mayo de 2020, se reconvirtió para pacientes con la enfermedad COVID-19.

Criterios de Inclusión:

- Profesionales sanitarios y no sanitarios (celadores) que atiendan a pacientes diagnosticados de COVID-19.
- Profesionales en activo.
- Profesionales que en su atención directa utilizan EPI.
- Que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Profesionales que presentan lesiones cutáneas en pómulo/pabellón auditivo o nariz producidas por el EPI en el momento de ser reclutado.

Variables e instrumentos de medida:

- Variables sociodemográficas y profesionales: se recogerán la edad, sexo y profesión.
- Variables de salud: hábito tabáquico (sí/no), peso y talla para realizar el Índice de Masa Corporal (IMC).
- Variables relacionadas con el uso del EPI: tipo de traje (bata o mono), tipo de mascarilla (FFP2 o FFP3), tipo de protección ocular (Gafas de estanca, gafas antisalpicadura o protección facial), tiempo de uso (en minutos).
- Variables gasométricas, metabólicas y de saturación de oxígeno en sangre (SatO₂%): pH, PCO₂, Ion Na⁺ y HCO₃.
- Variables relacionadas con la aparición de UPP: Aparición de lesiones, Lugar de lesión y Categoría de la lesión.

Para calcular el tamaño muestral se tuvo en cuenta dos aspectos: el número de profesionales que trabajaron con pacientes en UCI-COVID19 siendo un total de 48 profesionales (20 enfermeras, 15 TCAEs, 3 celadores y 10 anestesiistas), y los datos de un estudio previo que establece una prevalencia de fatiga metabólica secundaria al uso de EPIS en profesionales de emergencias durante la RCP de un 26%. Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la calculadora Grannmo versión 7.12, se realizó una estimación poblacional para una proporción teniendo en cuenta una población finita de 48 profesionales, una confianza del 95%, una precisión de ± 4 unidades porcentuales y un porcentaje de pérdidas del 10%. Se necesitan 48 participantes.

Para reclutar a los profesionales se realizó un muestreo no probabilístico intencionado.

Recogida de datos

Se elaboró un cuaderno de recogida de datos. Para las variables sociodemográficas, profesionales, hábito tabáquico y las variables relacionadas con el uso del EPI y con la aparición de UPP se utilizó la entrevista verbal y observación; para el IMC, se pesó y talló a los participantes través de una báscula y metro; para las variables gasométricas y metabólicas se realizaron gasometrías capilares y venosas antes y después del uso del EPI y se midió también antes y después la SatO₂% a través de pulsioxímetro.

Análisis de datos

Se analizaron frecuencias para variables cualitativas y media, rangos (Máximo-Mínimo) Desviación Típica (DT) para variables cuantitativas. Para análisis inferencial se utilizó regresión lineal, correlación de Pearson y relación poliserial.

Consideraciones éticas

Este proyecto contó con la aprobación del CEIC del Hospital Universitario de la Paz (Madrid), con código de aprobación PI-4198. Al tratarse de un proyecto en el que la participación era voluntaria, se entregó a los profesionales que quisieron participar la hoja de información y el consentimiento informado.

Resultados

Se estudió a 30 profesionales (19 enfermeras, 9 TCAES, 1 celador y 1 anestesiista). El 83,4% (25) fueron mujeres y la edad media fue 39,6 años (DT: $\pm 11,94$). El 23,3%(7) son fumadores y la media del IMC es 24,29 Kg/m². Un 76,6% (23) de los profesionales utilizaron traje de buzo, un 23,3% (7) bata, un 66,7% (20) mascarilla FFP2 y un 33,3% (10) FFP3. Todos los participantes utilizaron pantalla protectora facial. El tiempo medio de uso de EPI fue 196,33 minutos (DT: $\pm 37,43$).

Para el estudio de los efectos gasométricos y metabólicos, se realizaron 60 gasometrías (42 capilares y 18 venosas).

Tras el uso del EPI:

- La SatO₂% disminuyó en el 50% (15) de los profesionales, en el 16,67% (5) aumentó y en el 33,33% (10) se mantuvo.
Rango (Max-Min): Basal (100-96%); Post Epi (100-93%).
- El pH disminuyó en el 36,7% (11) de los profesionales, aumentó en el 43,3% (13) y en el 20% (6) se mantuvo.
Rango gasometrías venosas: Basal (7,41-7,33); Post Epi (7,41-7,32).
Rango gasometrías capilares: Basal (7,50-7,40); Post Epi (7,53-7,40).
- La pCO₂ disminuyó en el 46,7% (14) de los profesionales, aumentó en el 40% (12) y en el 13,33% (4) se mantuvo.
Rango gasometrías venosas: Basal (55-42mmHg); Post Epi (63-46 mmHg).
Rango gasometrías capilares: Basal (42-27 mmHg); Post Epi (63-46 mmHg).
- El ion Na⁺ disminuyó en el 56,7% (17) de los profesionales, aumentó en el 26,7% (8) y en 16,67% (5) se mantuvo.
Rango gasometrías venosas: Basal (141-135mmol/l); Post Epi (133-138 mmol/l).
Rango gasometrías capilares: Basal (145-134 mmol/l); Post Epi (143-133 mmol/l).
- El HCO₃ disminuyó en el 50% (15) de los profesionales, en el 36,67% (11) aumentó y en 13,33% (4) se mantuvo.
Rango gasometrías venosas: Basal (31,9-24,3mEq/l); Post Epi (32,5-27,4 mEq/l).
Rango gasometrías capilares: Basal (26,7-20,2 mEq/l); Post Epi (26,4-19,9 mEq/l).
- Un 86,7% (26) de los profesionales presentaron UPP categoría I: 1 en pabellón auditivo, 9 en nariz, 11 en pómulo y 5 en frente.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Discusión

Los profesionales de enfermería han sido el colectivo más expuesto a los efectos del uso prolongado de los EPIs, lo que ha supuesto un impacto físico añadido durante la pandemia. Los profesionales estudiados presentaron un uso del EPI durante la actividad laboral mayor al tiempo recomendado en otros estudios (120 minutos), este uso prolongado produjo cambios metabólicos y lesiones en la piel.

Este estudio presenta una serie de limitaciones relacionadas con el marco temporal en el que fue realizado: los requerimientos éticos-legales necesarios para la realización del estudio (aprobación del CEIC correspondiente) retrasaron el inicio de la recogida de datos, situándose en un periodo de la pandemia de menor carga asistencial. Asimismo, la obtención de los capilares para la realización de gasometrías también se demoró por la situación de desabastecimiento. Por lo tanto, los resultados pueden arrojar datos por debajo de lo reflejado en los días más críticos de la pandemia.

Implicaciones para la práctica: Este estudio pretende analizar el impacto del uso prolongado de EPIs en profesionales sanitarios que atienden a pacientes con COVID-19; lo que puede guiar futuras intervenciones que permitan ajustar los tiempos de uso y mejorar las características de los mismos para minimizar su impacto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alerta y Emergencias Sanitarias. Actualización nº7. Agrupamiento de casos de neumonía por nuevo coronavirus (2019-nCoV) en Wuhan, provincia de Hubei, (China). Acceso: 8 de mayo de 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_7_2019-nCoV_China.pdf
2. Ministerio de Sanidad. Situación actual COVID-19 España. 2020 [citado 8 mayo 2020] Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>
3. Ministerio de Sanidad. Centro de coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Información científica-técnica: Enfermedad por coronavirus, COVID-19. 2020 [citado 8 mayo 2020] Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200421_INFORME_CIENTIFICO_SANIDAD_COVID-19.pdf
4. Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual. BOE: Ministerio de la presidencia; 1997.
5. Ministerio de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (2019-nCoV). Actualizado 30 de enero. Disponible en: https://www.icoec.es/documentos/procedimiento_2019-nCoV.pdf
6. Constans Aubert A, Alonso Espadalé RM, Pérez Nicolás J. Utilización de los equipos de protección individual frente al riesgo biológico por el personal sanitario. *Med Segur Trab.* 2008; 12(210):35-45.
7. Martín Rodríguez F. Repercusiones fisiológicas del uso de equipos de protección individual frente a riesgos biológicos sobre los trabajadores de la salud [Doctor]. Universidad de Valladolid; 2017.
8. Costello JT, Stewart KL, Stewart IB. The Effects of Metabolic Work Rate and Ambient Environment on Physiological Tolerance Times While Wearing Explosive and Chemical Personal Protective Equipment. *Biomed Res Int.* 2015; 2015: 857536. Disponible en: doi: 10.1155/2015/857536.:1-7.
9. Martín-Rodríguez F. Metabolic fatigue in resuscitators using personal protection equipment against biological hazard. *Invest Educ Enferm.* 2019; 37(2): e04. Disponible en: doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e04
10. Rim KT, Lim CH. Biologically Hazardous Agents at Work and Efforts to Protect Workers' Health: A Review of Recent Reports. *Saf Health Work.* 2014; 5(2):43-52. Disponible en: doi: 10.1016/j.shaw.2014.03.006

AUTORES/AUTHORS:

Pedro Ruymán Brito Brito, Janet Núñez Marrero, María Jesús Sáez Rodríguez, Carlos Enrique Martínez Alberto, Domingo Ángel Fernández Gutiérrez

TÍTULO/TITLE:

Impacto de una intervención formativa para mejorar los conocimientos sobre el control de la infección por coronavirus.

Objetivo: Analizar el impacto de una intervención formativa on-line para profesionales de la Gerencia de Atención Primaria (AP) de Tenerife, evaluando los conocimientos percibidos sobre prevención y control de la infección por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio cuasi-experimental con análisis pre-post tras intervención formativa online de veinte horas, realizada en dos ediciones, de cinco semanas cada una, entre el 12 de mayo y el 3 de julio de 2020. Los conocimientos percibidos fueron autoevaluados por los profesionales (sanitarios y no sanitarios) además de recogerse otras variables sociodemográficas: edad, sexo, categoría y años de experiencia. Los participantes cumplimentaron, antes-después en el contexto de realización del programa formativo, un formulario con datos necesarios para el estudio, accesible a través de la plataforma Moodle de tele-formación de AP. El propósito principal del curso fue consolidar conocimientos sobre medidas básicas de prevención y manejo de la infección comunitaria por el nuevo coronavirus. Se dividió en cinco módulos: 1.- Generalidades; 2.- Manejo en AP del COVID-19; 3.- Manejo domiciliario; 4.- Manejo pediátrico; y 5.- Medidas de prevención y control de infección. La evaluación objetiva de conocimientos se realizó a través de 110 preguntas test debiendo superar cada prueba con un 80% de aciertos.

Para valorar los conocimientos percibidos se utilizó el criterio de resultado NOC "Conocimiento: control de la infección" [1802] (Moorhead et al, 2018). El equipo de investigación revisó sus indicadores acordando emplear doce de ellos, sobre veinticinco, para medir los aspectos de interés relacionados con el contenido del programa formativo y susceptibles de cambio ante la formación recibida. Los indicadores fueron: Modo de transmisión; Factores que contribuyen a la transmisión de la infección; Prácticas que reducen la transmisión; Signos y síntomas de la infección; Procedimientos de control de la infección; Importancia de la higiene de manos; Seguimiento de la infección diagnosticada; Signos y síntomas de exacerbación de la infección; Estrategias para controlar el estrés; Factores que afectan a la respuesta inmunitaria; Recursos comunitarios disponibles y Cuándo contactar con un profesional sanitario. Cada participante respondió, antes-después, sobre su grado de conocimientos percibido respecto a cada indicador, puntuándose en una escala de tipo Likert entre 1, ningún conocimiento, y 5, conocimiento extenso, y oscilando el rango global posible entre 12 (mínimo conocimiento) y 60 puntos (máximo conocimiento). Como resultado de la diferencia entre puntuaciones pre-post, se creó una variable numérica que reflejó el incremento percibido de conocimientos. Para la comparación pre-post se generó otra variable secundaria a partir de las respuestas a la escala Likert, considerando puntuaciones de 1 a 3 (ningún conocimiento a conocimiento moderado) como conocimiento inadecuado y puntuaciones de 4 a 5 (conocimiento sustancial y extenso) como conocimiento adecuado. Análisis estadístico: La descripción de variables nominales se realizó utilizando la frecuencia de categorías; la de las escalares con media y desviación estándar o mediana y percentiles (5-95), según distribución. Las variables de escala se correlacionaron empleando los coeficientes de Pearson o Spearman-Brown. Para comparar los resultados del grado de conocimientos percibido se utilizó el test no paramétrico de Wilcoxon, cuando se realizaron las comparaciones entre variables pre-post ordinales (con puntuaciones 1 a 5), y la prueba Q de Cochran, cuando se comparó el cambio esperado de conocimiento inadecuado a conocimiento adecuado, según la variable secundaria generada mencionada anteriormente. Todas las pruebas fueron bilaterales y realizadas a nivel de significación alfa <0,05 y con ayuda del programa estadístico SPSS v.24.

Resultados: Se inscribieron al programa formativo 392 profesionales, de los cuales 329 concluyeron el curso (84%). Cumplimentaron encuestas pre-post 301, 235 mujeres (78,1%), con 43,6(10,1) años y 16,2(9,9) años de media de experiencia. La categoría de edad con mayor proporción fue la de 36-54 años (57,8%) mientras que casi la mitad (49,8%) tenía más de 15 años de experiencia. Participaron profesionales de AP de hasta ocho perfiles distintos: 117 enfermeras (38,9%); 101 médicos (33,6%); 56 auxiliares

administrativos (18,6%) y 27 de otros perfiles (9%).

Respecto a los indicadores, los porcentajes más bajos de conocimientos percibidos como adecuados fueron, en el momento pre-formación, para el indicador Factores que afectan a la respuesta inmunitaria (20,9% de participantes, n=63) y, en el momento post-formación, para Estrategias para controlar el estrés (75,7%, n=228). Por contra, los porcentajes más altos de conocimientos adecuados fueron, antes y después, para el indicador Importancia de la higiene de manos, 86,7%(n=261) y 96,3%(n=290). Se comprobaron correlaciones significativas inversas entre las puntuaciones del valor diferencial pre-post y la edad y entre dichas puntuaciones y los años de experiencia, con coeficientes de correlación de -0,183(p=0,001) y -0,201(p<0,001). Como resultados de las pruebas realizadas con el test de Wilcoxon, se obtuvo que la mediana de puntuación global de conocimientos fue de 41(29-55) puntos preformación vs 53(37-60) puntos post-formación, con significación en la diferencia p<0,001, Z:-14,571. Se comprobaron diferencias significativas en todas las categorías por separado, excepto tres (odontólogos, celadores y farmacéuticos) con muestras n=5 o inferiores. Los perfiles con mayor diferencia de medianas pre-post fueron los de auxiliares administrativos e higienistas bucodentales, con 13 puntos de diferencia, Z:-6,156 y Z:-2,207, p<0,001 y p=0,027. La puntuación media de mejora percibida fue de 10,7(6,9) puntos, más alta en las mujeres, 11,1(7,2) vs 9,00(5,9), p=0,026. No se observaron diferencias entre perfiles sanitarios y no sanitarios. Por último, se apreció significación (p<0,001) al comparar puntuaciones pre-post para cada uno de los doce indicadores evaluados, apreciándose mayores diferencias en:

- Recursos comunitarios disponibles: 23,3% (n=70) de conocimiento adecuado preformación vs 81,4% (n=245) post, Q de Cochran 169,199 (p<0,001).
- Factores que afectan a la respuesta inmunitaria: 20,9% (n=63) preformación vs 78,4% (n=236) post, Q: 165,354 (p<0,001).
- Estrategias para controlar el estrés: 24,9% (n=75) preformación vs 75,3% (n=228) post, Q: 147,226 (p<0,001).

El estudio no presentó conflicto de intereses.

Discusión: Se evidenció la adquisición percibida de conocimientos en todas las áreas valoradas relacionadas con la prevención y control de infección por el coronavirus SARS-CoV-2 en AP, lo cual podría indicar alta satisfacción con la formación realizada. Se sabe que la ausencia de formación en las instituciones sanitarias, así como la falta de infraestructura y personal, incrementan el riesgo de contagio y la ansiedad profesional (Alsahafi & Chen, 2016; Rabaan et al, 2017). Esta investigación apunta hacia la efectividad del programa formativo, reforzando el aprendizaje individual frente a necesidades de manejo comunitario debido a nuevas epidemias por enfermedades infecciosas como el COVID-19.

La implantación de programas educativos adecuados permite fortalecer cualidades profesionales ante los desafíos y su capacidad de control, incrementando la autoconfianza y reduciendo preocupaciones (Lee & Kang, 2020; Park et al, 2018). En nuestro estudio un alto porcentaje de participantes finalizó la formación lo que puede indicar su adecuación al contexto asistencial en que fue implementada. Es destacable la alta experiencia de los participantes. Se ha comprobado que ésta puede ser un factor protector, junto a la percepción de buena preparación y el respaldo institucional, frente al padecimiento posterior de problemas de salud mental, como depresión o estrés postraumático (Lancee et al, 2008).

Se observaron cambios destacables, en cuanto a la mejora de conocimientos percibidos, para todas las categorías, pudiendo indicar que nuestra formación fue pertinente para una amplia diversidad de perfiles, ajustándose a sus necesidades y sin resultar un contenido excesivamente técnico, otras veces orientado sobre todo para médicos y enfermeros. Ambos colectivos representaron siete de cada diez participantes. Aún así, el perfil de auxiliares administrativos refirió mayor cambio en cuanto a conocimientos adquiridos. Cuando se observó, en el momento previo a la formación, el conocimiento percibido en relación con aspectos muy técnicos o específicos, como el caso del indicador Factores que afectan a la respuesta inmunitaria, se pudo apreciar que un bajo porcentaje de participantes, uno entre cinco, se adecuó a lo esperado. En cambio, para otros indicadores, cuya formación continuada se incluye entre las políticas institucionales, como es la Importancia de la higiene de manos, se observó un elevado porcentaje con percepción adecuada de conocimientos, casi nueve de cada diez, antes de recibir la formación. Por otro lado, resulta destacable, en

el momento post-formación, que el porcentaje más bajo de participantes con percepción de adecuado conocimiento correspondiera al indicador Estrategias para controlar el estrés, para el cual aún uno de cada cuatro casos refirió necesidades. Algunos estudios apuntan la exigencia continuada de apoyo y capacitación por parte de las instituciones hacia sus trabajadores, lo cual revierte a largo plazo en mejor salud mental (Lee & Kang, 2020).

La capacidad del sistema sanitario depende, como apuntan otros autores (Catton, 2020; Choi & Kim, 2018), del adecuado número de profesionales y recursos, materiales y formativos, para hacer frente a nuevos problemas de Salud Pública. Alsahafi & Chen (2016) comprobaron desconocimiento de protocolos de actuación por parte de casi dos tercios de los profesionales. En nuestra investigación, la adecuación de conocimientos se aproxima o supera nueve de cada diez casos para nueve de doce indicadores. Otras estrategias formativas proponen una metodología multifacética con situaciones reales de gestión de casos, triajes, aislamiento y aspectos preventivos (Al-Tawfiq et al, 2018). Estas cuestiones podrían mejorar la intervención formativa empleada en nuestro estudio, circunscrita a un formato a distancia, on-line, con seguimiento por parte de tutores. No obstante, las dificultades organizativas y la escasez de profesionales en nuestro medio impedirían, a priori en el momento actual, un modelo formativo más complejo.

Hemos comprobado que la clasificación NOC es un instrumento útil para medir conocimientos y evaluar cambios tras una intervención formativa en prevención y control de infección por SARS-CoV-2. Aunque la adquisición de conocimientos se evaluó según percepción profesional, nuevos estudios podrían valorar aspectos psicométricos de validez y fiabilidad del cuestionario, confrontando los resultados con otras pruebas objetivas de conocimientos respecto al contenido del curso. En esta línea, otros autores aportan experiencias de construcción y validación de cuestionarios, a partir de la NOC, para medir conocimientos de salud en áreas concretas (Paloma et al, 2017; Romero et al, 2020).

Este estudio no está exento de limitaciones o posibles sesgos. El hecho de que los conocimientos profesionales, respecto al nuevo coronavirus, hayan mejorado no puede atribuirse exclusivamente al programa formativo. Hay que considerar otros factores de posible influencia, como la experiencia acumulada a lo largo de semanas y meses, que fue consolidando el aprendizaje para el manejo y prevención de la infección o la información recibida de forma masiva a través de medios de comunicación y redes sociales. Aún así, el valor de nuestro programa formativo radica en la gestión de dicha información y selección del contenido adecuado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alsahafi AJ, Cheng AC. Knowledge, Attitudes and Behaviours of Healthcare Workers in the Kingdom of Saudi Arabia to MERS Coronavirus and Other Emerging Infectious Diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2016; 13. pii:E1214.

Al-Tawfiq JA, Rothwell S, Mcgregor HA, Khouri ZA. A multi-faceted approach of a nursing led education in response to MERS-CoV infection. *J Infect Public Health*. 2018; 11:260-4.

Catton H. Global challenges in health and health care for nurses and midwives everywhere. *Int Nurs Rev*. 2020; 67:4-6.

Choi JS, Kim JS. Factors influencing emergency nurses' ethical problems during the outbreak of MERS-CoV. *Nurs Ethics*. 2018; 25:335-45.

Lancee WJ, Maunder RG, Goldbloom DS, Coauthors for the Impact of SARS Study. Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2008; 59:91-5.

Lee J, Kang SJ. Factors influencing nurses' intention to care for patients with emerging infectious diseases: Application of the theory of planned behavior. *Nurs Health Sci*. 2020; 22:82-90.

Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Nursing Outcomes Classification. Elsevier Health Sciences; 2018.

Paloma-Castro, O., Romero-Sanchez, J.M., Paramio-Cuevas, J.C., Pastor-Montero, S.M., Del Carmen Sanchez-Dalda, M., Rozadillas-Sanmiguel, E., Moreno-Corral, L.J., 2017. Development and Psychometric Evaluation of a Questionnaire Based on the Nursing Outcomes Classification to Determine the Knowledge of Parents on Breast-Feeding: Research Protocol. *Int. J. Nurs. Knowl.* 28(2), 100-108.

Park JS, Lee EH, Park NR, Choi YH. Mental health of nurses working at a government-designated hospital during a MERS-CoV outbreak: A cross-sectional study. *Arch Psychiatr Nurs.* 2018; 32:2-6.

Rabaan AA, Alhani HM, Bazzi AM, Al-Ahmed SH. Questionnaire-based analysis of infection prevention and control in healthcare facilities in Saudi Arabia in regards to Middle East Respiratory Syndrome. *J Infect Public Health.* 2017; 10:548-63.

Romero Sánchez JM, Brito Brito PR, Martínez Alberto CE, Martín García Á, Rodríguez Álvaro M, CoNOCidiet-Research Group, Paloma Castro O. 2020. A new instrument for measuring dietary knowledge in patients with diabetes: psychometric testing of the CoNOCidiet-Diabetes. *Int. J. Nurs. Knowl.* doi: 10.1111/2047-3095.12288. Online ahead of print.

Mesa de Comunicaciones 13: Género y Salud**Concurrent Session 13: Gender and Health****AUTORES/AUTHORS:**

Elia Fernández Martínez, Sergio Fernández Martínez

TÍTULO/TITLE:

Estrés percibido e intensidad del dolor menstrual

1. **Objetivo:** Analizar si existe alguna correlación entre el nivel de estrés percibido y la intensidad del dolor menstrual.
2. **Métodos:** Estudio observacional transversal en mujeres de 18 a 35 años con dolor menstrual y sin problemas ginecológicos orgánicos diagnosticados. Se empleó la escala visual analógica del dolor del 0 al 10 para evaluar la intensidad de dolor menstrual media en los últimos 3 ciclos y la Escala de Estrés Percibido de 14 ítems (PSS14) validada en español para la evaluación del estrés. Para el análisis se empleó el test de correlación de Pearson y un nivel de significación estadística de .05.
3. **Resultados:** Participaron 171 mujeres con dolor menstrual, la media de intensidad de dolor menstrual evaluado mediante la escala EVA fue de 6.67 ± 1.83 y la puntuación media de estrés percibido fue de 29.16 ± 8.68 puntos. No se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre el estrés percibido y la intensidad del dolor menstrual ($r=.099, p=.198$).
4. **Discusión:** Los resultados ponen de manifiesto no parece que exista una relación entre el estrés percibido y la intensidad del dolor menstrual en las mujeres españolas sin patología orgánica a pesar de que a lo largo de las últimas décadas algunos estudios han sugerido la relación el dolor menstrual con factores psicoemocionales. Por tanto, el presente estudio anima a seguir investigando en esta línea mediante estudios longitudinales analíticos para descartar o confirmar esta asociación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Bajalan Z, Moafi F, MoradiBaglooei M, Alimoradi Z. Mental health and primary dysmenorrhea: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2018 May 11;40(3):1–10.
2. Sahin N, Kasap B, Kirli U, Yeniceri N, Topal Y. Assessment of anxiety-depression levels and perceptions of quality of life in adolescents with dysmenorrhea. *Reprod Health [Internet]*. 2018 Dec 26 [cited 2019 Apr 1];15(1):13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29373981>
3. Abreu-Sánchez A, Ruiz-Castillo J, Onieva-Zafra MD, Parra-Fernández ML, Fernández-Martínez E. Interference and Impact of Dysmenorrhea on the Life of Spanish Nursing Students. *Int J Environ Res Public Health [Internet]*. 2020 Sep 5 [cited 2020 Sep 7];17(18):6473. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/18/6473>

AUTORES/AUTHORS:

DOLORES SARDO, ARMINDA PINHEIRO

TÍTULO/TITLE:

Health promotion in the antenatal care: comparative study of satisfaction and needs between mothers and fathers

Background: The World Health Organization (WHO) envisions that every pregnant woman receives quality care throughout the pregnancy period and in the continuum of reproductive health care. Antenatal care (ANC) provides an important health-care that includes health promotion through the information. It's important to support the mothers and the fathers to identify the different needs, namely information, to have a positive pregnancy experience (WHO, 2016).

The pregnancy is a physiological and transitional state in a woman's life, characterized by being a period of physical and emotional changes, determining that the issue of prenatal care is to welcome the woman and the couple, to provide responses and support feelings of fear, doubts, anxieties, fantasies or, simply, curiosity to know about what happens to her body (Moura & Rodrigues, 2003; Kazemi, Hajian, Ebrahimi-Mameghani & Khob, 2018). It is very important to provide effective communication in ANC about physiological, behavioural and sociocultural issues, and effective support, including social, cultural, emotional and psychological support, to pregnant women in a respectful way (Al-Ateeq, Al-Rusaies, Al-Dughaiter, 2013; OMS, 2016). These communication, information and support functions of ANC are crucial to the quality of health-care and to enhance lives. Women's positive experiences during ANC can create the basis for healthy motherhood (WHO, 2016) and the empowerment of women to participate actively in health care decisions and achieve their autonomy.

Thus, communication and information activities in health should be prioritized in prenatal care, since the exchange of information and experiences is the best way to promote understanding of the pregnancy process. In this sense, the main focus of the guidance and information process should be pregnant women, including their partners (Moura & Rodrigues, 2003; Otaiby, Jradi, Bawazir, 2013). Some studies have shown that these aspects of antenatal care are important for women, regardless of their background. There expectations of ANC are related to access to health care, adequate information, good communication with caregivers, and being treated with respect (Hildingsson, Andersson, & Christensson, 2014).

Information is an important component of prenatal care, particularly for women who are pregnant for the first time (Al-Ateeq, Al-Rusaies, Al-Dughaiter, 2013). However, more and more the partner / father complain about their presence and participation in health care during the prenatal period, although they are often trained to offer support to women during childbirth. In fact, when the father gets involved in prenatal care earlier, his anxiety, worry, nervousness and insecurity decrease. He becomes more proactive, experiencing pregnancy in a more conscious and constructive way, with repercussions on the couple's relationship and family dynamics (Magnoni Reberte, & Komura Hoga, 2010). The presence of the partner is relevant in promoting health in prenatal care. Information in this context of peers increases the couple's safety, pregnant women show health behaviors more appropriate to the situation and improves the couple's satisfaction with the care provided by health professionals. However, according to previous research, we know that pregnant women and partners have different and specific information needs, a fact that should be recognized by health professionals (Magnoni Reberte, et al, 2010; Kazemi, Hajian, Ebrahimi-Mameghani & Khob, 2018).

In Portugal there is a national program for the surveillance of low-risk pregnancies recommended by General Directorate of Health (DGS,2015) for all pregnant women. This program is implemented mainly in primary health care by the family doctor, who is responsible for prenatal surveillance. The specialist nurse in midwifery intervenes only in health promotion with information sessions in preparation for childbirth and parenting, from 22 weeks of gestation. These health education activities are aimed at couples and groups. In this national program there is only one guideline for the implementation of educational programs for couples, and there is no obligation for a single program. Knowing the diversity of the different health education programs, at this stage, in the couple's life and recognizing the importance of the information provided to the couple for decision making, we researched the couples' information

needs regarding their experience as mother and father and consequent degree of satisfaction with the information obtained. The evidence (Magnoni Reberte, & Komura Hoga, 2010; Hildingsson, et al, 2014; Kazemi et al, 2018) suggests: carrying out specific studies in different socio-cultural contexts, in order to identify the real and specific needs of mothers and fathers, to increase the level of literacy, and thus, to help informed decision making, to ensure pregnancy and childbirth safe, as actors in a unique, unrepeatable and positive experience. Therefore, this study has as main objectives: To compare the mothers and fathers information needs in antenatal care (ANC); To compare the satisfaction degree of the information between mothers and fathers in the ANC.

Methods: Quantitative, descriptive-correlational, transversal carried out in the north of the country, between April-June 2019. Intentional sample with 96 pairs of mothers and fathers, who were recruited using the face to face method. Inclusion criteria: primiparous for less than a year, assisted exclusively in primary health care. Semi-structured interview with closed questions of socio-demographic characterization (3); and open questions about the information needs felt at the end of each trimester of pregnancy. It was applied a form at the end of pregnancy to assess the degree of satisfaction of the information obtained during that period. It consists of 4 closed questions whose answers requested the positioning of the participants (not satisfied- satisfied- very satisfied) regarding the degree of overall satisfaction, the content of the information, the forms and the time spent on these activities. In the treatment of the data, content analysis was carried out according to Bardin (2009), with a priori categories being fixed, according to the regulations of the Directorate General for Health (DGS) about the contents to be addressed during prenatal surveillance; emerging categories were also identified in the corpus of analysis. The theme was chosen as a unit of record and the criteria of field saturation, completeness and exclusivity were respected. For the statistical treatment we used absolute and relative frequencies, average, standard deviation and we were applied the non-parametric tests: the Spearman's Ró Correlation Coefficient and the Krus-Wallis test. INVivo11 and SPSS25 were used. Informed consent was requested from all participants, ensuring anonymity and confidentiality.

Results: The average age of mothers 29.87 years old (Min.22 - Máx.38, s=3.867), 61.5% licensed; 81.3% public service worker; the average age of parents 30.77 years old (Min.23 - Máx.41, s=4.097), 47.9% licensed; 50% industry service worker. Regarding information needs, mothers identified more issues to be addressed in pregnancy. Women presented 685 records regarding information needs in the first trimester, while men reported 243 records. As for the themes referenced by women, it was found that the highest frequency of information needs was centered on aspects related to nutrition (f=87), physical activity (f=77), warning signs (f=70) while the men reported discomfort in pregnancy (f=40), fetal development (f=38), mothers' professional activity (f=32). It was also found, among the emerging categories, that men and women felt the need for information about gestational diabetes, amniocentesis, ultrasound, biochemical screening and medication, and there were 25 records regarding information needs regarding ultrasound reported by men in relation to only 6 records reported by women.

In the 2nd trimester, women presented 515 records of information needs, most frequently regarding the topics discomfort and physiology of pregnancy (f=128), fetal development (f=61); while men reported only 237 referring to fetal development (f=35), ultrasound (f=21), physiology of pregnancy (f=27).

In the 3rd trimester, women presented 1411 records of information needs, most frequently regarding the themes childbirth and pain relief (f=288), newborn care (f=96) and breastfeeding (f=96); while men reported only 513 referring to pain relief in childbirth (68), childbirth classes (59) and community resources in childbirth care (57) and mothers' professional activity (f=47).

Regarding the satisfaction's degree with the information obtained in the ANC, there was a moderate to strong positive correlation between fathers and mothers.

Regarding overall satisfaction, the correlation was moderate ($r=0.515$; $p<=0.01$); how much content of the information was moderate ($r=0.465$; $p<=0.01$); the time spent was strong ($r=0.614$; $p<=0.01$); as for forms, it was moderate ($r=0.296$; $p=0.03$).

However, fathers reported being more satisfied than mothers in all dimensions assessed, showing statistically significant differences in mean scores (global K-W=29,525(2); $p<=0.01$); (women average score=1.55; men average score=2.03).

53.1% of the participants reported having received information / guidance from the family doctor and the family nurse and only 22.9%

obtained information from the specialist nurse in maternal and obstetric health.

Discussion: Evidence suggests that are identified specific needs in the prenatal health promotion care. It also suggests the importance of paternal involvement.

The knowledge about the current couple's information needs and the satisfaction with practices can improve the pregnancy outcomes and the prenatal resources.

This study found that mothers and fathers have different but complementary information needs. At the beginning of the pregnancy, fathers manifested more interest in issues related to the well-being of the child and the mother, while mothers manifested interests in nutrition, physical activity and warning signs. Although there was a similarity in terms of fathers' and mothers' focuses of interest in the 2nd and 3rd trimestres. In the end of the pregnancy mothers showed specific interest in breastfeeding and newborn care, while fathers focused only on childbirth. This may be related to the type of preparation and information given to parents, which is almost always centered on the support of women during childbirth.

As for the satisfaction' degree the parents had more positive perspective may be related to the lower needs for information expressed. According our study, it's suggested that to achieve better results in prenatal care, should be programmed some specific health education sessions, for fathers and for mothers separately, to provide the specific information needs of each. Improving the knowledge of health professionals about the current information / guidance needs of pregnant women / couples and their satisfaction with care practices, we can have repercussions on pregnancy results, on satisfaction of women and rationalization of available health resources. Although the themes identified in the reports are inscribed in the guidelines guiding the practices of the DGS (2015), the results of this study point out to the need to deepen these themes, because women reported being mostly dissatisfied with the implemented practices. It was also found that the assistance was mostly performed by non-specialized professionals, which may have conditioned these results. This study seems relevant to us, due to the scarcity of similar studies that allow to compare the results. In addition, this study has other limitations, among which the sampling methodology that conditioned the characteristics of the sample, and with others populations these results may be different.

Authors declare no conflict of interest.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Al-Ateeq MA, Al-Rusaies AA, Al-Dughaiter AA (2013) Perceptions and effects of antenatal education. Saudi Med J; Vol. 34 (12): 1287-1293. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24343470/>
- Bardin, L. (2009). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, LDA.
- Direção Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa. ISBN - 978-972-675-233-2. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Hildingsson I, Andersson E, Christensson K. Swedish women's expectations about antenatal care and change over time – A comparative study of two cohorts of women. Sex Reprod Healthc. 2014 jun; 5 (2): 51–7.
- Kazemi A F, Hajian S, Ebrahimi-Mameghani M & Khob M K (2018). The Perspectives of Pregnant Women on Health-Promoting Behaviors: An Integrative Systematic Review. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences Vol. 6, No. 2, April 2018, 97–105. <http://www.ijwhr.net> doi 10.15296/ijwhr.2018.17 ISSN 2330- 4456
- Magnoni Reberte, L; & Komura Hoga, LA.(2010). A experiencia de pais participantes de um grupo de educação para saúde no pré-natal. Ciencia y Enfermeria, vol.XVI, núm.1,2010, pp.105-114, Chile. ISSN: 0717-2079. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3704/370441804012>
- Moura ERF, Rodrigues MSP(2003) Comunicação e informação em Saúde no pré-natal, Interface -Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.13, p.109-18. <https://www.scielo.br/pdf/icse/v7n13/v7n13a07.pdf>
- Otaiby TAI, Jradi H, Bawazir A (2013) Antenatal Education: An Assessment of Pregnant Women Knowledge and Preferences in Saudi Arabia. J Women's Health Care 2: 139. doi:10.4172/2167-0420.1000139

Teixeira RC, Mandú EN, Corrêa ACP, Marcon SS. Vivências e necessidades de saúde de homens no período pós-nascimento de um filho. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 set-out [citado em 15 set. 2016]; 67(5):780-7.

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0780.pdf>

WHO/RHR/16.12(2016).WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

Mesa de Comunicaciones 14: Población con condiciones crónicas**Concurrent Session 14: Population with chronic conditions****AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Rivera Picón, María-Hinojal Benavente Cuesta, María Paz Quevedo Aguado, María Sánchez Ledesma, Paula San Martín González, Pedro Manuel Rodríguez Muñoz

TÍTULO/TITLE:

Adhesión al tratamiento en una muestra de sujetos diabéticos del Complejo Hospitalario de Salamanca.

OBJETIVO:

Objetivo general:

- Analizar los aspectos principales de la adherencia terapéutica en los sujetos diagnosticados de Diabetes Mellitus.

Objetivos específicos:

- Conocer el porcentaje de sujetos diabéticos que tienen una adherencia adecuada al tratamiento, frente aquellos que no cumplen de manera correcta dicho tratamiento farmacológico.
- Identificar los factores que influyen en la adherencia terapéutica de los sujetos diagnosticados de Diabetes Mellitus.

METODOLOGÍA:

La presente investigación se trata de un estudio observacional, de corte transversal y retrospectivo. La muestra está constituida por un total de 201 sujetos diabéticos (N=201).

Antes de iniciar la recogida de datos, el estudio contó con la autorización del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, de la Gerencia de Atención Primaria de dicha provincia y con el informe favorable del Comité de Ética de dichos centros. Además, la participación de los sujetos fue voluntaria, asegurando la confidencialidad y el anonimato de los participantes, a los que se les aportaba una Hoja de Información y Consentimiento Informado.

Así, la muestra se recogió en el Complejo Hospitalario de Salamanca, concretamente, en el Hospital Universitario de Salamanca (HUS) y en diferentes centros de Atención Primaria de dicha provincia.

En relación a los instrumentos utilizados, se aplicó un cuestionario de medida constituido por variables sociológicas: Edad, sexo, estado civil y años que lleva padeciendo la enfermedad crónica. El cumplimiento a la medicación de los pacientes diabéticos se evaluó con el Cuestionario de Adhesión al Tratamiento de Morisky-Green-Levin. Los predictores utilizados en estos análisis fueron:

- La edad, organizada en datos numéricos.
- El sexo del participante, hombre o mujer.
- El estado civil: casado/pareja, soltero/viudo/otros o separado/divorciado.
- Años que lleva padeciendo la enfermedad: De 1-5 años, de 5-10 años, más de 10 años.
- Adhesión al tratamiento farmacológico: A través del cuestionario de adhesión al tratamiento indicado (Morisky-Green-Levin), se diferencian dos categorías: Adherente y no adherente

Además, aquellos sujetos que aceptaban participar en el estudio dedicaron un tiempo que oscilaba entre 10 y 15 minutos para completar el cuestionario.

Entre los criterios de inclusión se incluyen los siguientes puntos:

- Pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus en tratamiento farmacológico actual.
- Ser mayor de edad.
- Participar voluntariamente en el estudio.

Los criterios de inclusión fueron:

- Padecer cualquier patología que impida completar el estudio o firmar el consentimiento informado.

RESULTADOS:

Para poder determinar el porcentaje de sujetos diabéticos que cumplen de manera adecuada el tratamiento farmacológico, se ha realizado un estudio descriptivo. De este modo, se determinó que solo un 66,7% sí manifestaron un comportamiento adherente. Así, el 33,3% de los sujetos restantes no mostraron una adecuada adherencia al tratamiento.

Además, cabe destacar que del total de los sujetos diabéticos que participaron en el estudio (N=201), atendiendo a la edad se destaca que la edad media de los sujetos participantes fue de 49 años. En relación al sexo, la mayoría de los pacientes diabéticos del estudio fueron hombres (N=151). Finalmente, atendiendo al estado civil la mayoría de están casado/en pareja (N=123). Así, 64 pacientes están solteros o viudos, mientras que solo 14 sujetos están separados/divorciados.

Para poder responder al segundo objetivo planteado en el presente estudio, hemos realizado un análisis de regresión logística. Tras aplicar dicha técnica estadística, se observó que la única variable que resultó significativa fue años que lleva padeciendo la enfermedad. De manera más concreta, la proporción de pacientes que se adhieren fue igual entre las personas de 1-5 años de enfermedad y de 5-10 años de enfermedad ($p>0,05$). Por otro lado, la proporción de personas que se adhieren fue mayor entre los pacientes de más de 10 años de enfermedad que entre los pacientes de 1 a 5 años de enfermedad ($p<0,05$). La odd de mostrar adherencia con más de 10 años de enfermedad es 2,65 veces la odds de adherirse con 1 a 5 años de enfermedad.

Sin embargo, las variables sociodemográficas estudiadas (edad, sexo y estado civil) no tuvieron relación significativa con la adhesión al tratamiento.

DISCUSIÓN:

Nuestros resultados muestran una inadecuada adherencia al tratamiento entre los participantes del estudio. Además, al estudiar aquellos factores relacionados con un mejor cumplimiento de la terapia farmacológica, se observó que la adherencia al tratamiento era mayor entre los pacientes diabéticos con más de 10 años de enfermedad. No obstante, las variables sociodemográficas no mostraron relación significativa con dicho cumplimiento.

Como hemos explicado, en nuestro estudio solo un 66,7% de los sujetos mostraron una adecuada adherencia al tratamiento. Así, múltiples proyectos evidencian que la falta de adherencia al tratamiento es frecuente en personas con enfermedades crónicas (Yang,

Wang, Harrison y Lau, 2020) Por tanto, estos resultados son similares a los obtenidos en otras investigaciones. En un estudio sobre adherencia en diabetes, solo el 30% seguían de forma adecuada el tratamiento farmacológico (Shrivastava et al., 2013). Otros estudios enuncian que la tasa de incumplimiento varía entre un 30-51% en pacientes con DM tipo 2 con antidiabéticos orales, y un 25% en pacientes con tratamiento con insulina (Shrivastava et al., 2013). En la revisión sistemática realizada por Krass, Schieback y Dhipayom (2015), en la que se incluyeron 27 estudios, detectaron que la prevalencia de adherencia varió de un 38.5% a 93.1%.

En relación a los resultados que dan respuesta a nuestro segundo objetivo, detectamos que la adherencia fue mayor en los sujetos con más años de enfermedad. Podemos afirmar que nuestros resultados también van en la línea de otros proyectos realizados con pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus, que evidencian que la adherencia al tratamiento es mayor en aquellos sujetos con más años de enfermedad (Klinovszky, Kiss, Papp-Zipernovszky, Lengyel y Buzás, 2019; Marinho et al., 2018). Ramos et al., (2017) también detectaron de manera más concreta, que había más conductas adherentes al tratamiento a partir de los 10 años de enfermedad. Incluso, enunció que dicho aumento de adherencia, también se daba durante los 2 primeros años. De manera similar a los resultados de nuestro trabajo, en la investigación de Kirkman et al., (2015), se afirma que los pacientes que eran nuevos en la terapia de Diabetes tenían, significativamente, menos probabilidades de ser adherentes. En nuestra investigación se encontró un aumento de la probabilidad de mostrar comportamiento adherente cuando los pacientes llevaban más de 10 años de enfermedad, pero no cuando llevaban 2 años.

Además, también hemos detectado investigaciones que revelan que algunas variables sociodemográficas, no se relacionan con el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico (Pereira et al., 2015; Leites-Docío et al., 2019).

Consideramos importantes estos resultados debido a que la inadecuada adherencia al tratamiento es un problema en la práctica clínica actual. Así, analizando nuestros resultados y su implicación en la práctica clínica, concluimos que la inadecuada adherencia en los primeros años de enfermedad en los sujetos diabéticos podría deberse al escaso conocimiento sobre la misma o sus consecuencias. Por ello, es fundamental la responsabilidad del profesional sanitario para evaluar las barreras que impiden un cumplimiento adecuado al tratamiento, con la finalidad de realizar intervenciones para mejorar dicha adherencia. De este modo, con el objetivo de mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos, desde las consultas de enfermería debemos ofrecer información suficiente para aumentar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad y tratamiento desde los primeros años de diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Kirkman, M.S., Rowan, M.T., Levin, R., Fonseca, V.A., Schmittiel, J.A., Herman, W.H., y Aubert, R.E. (2015). Determinants of Adherence to Diabetes Medications: Findings From a Large Pharmacy Claims Database. *Diabetes Care*, 38, 604–609. <https://doi.org/10.2337/dc14-2098>

Klinovszky, A., Kiss, I.M., Papp-Zipernovszky, O., Lengyel, C., y Buzás, N. (2019). Associations of different adherences in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Prefer Adherence*, 13, 395–407. <https://doi.org/10.2147/PPA.s187080>

Krass, I., Schieback, P., y Dhipayom, T. (2015). Systematic Review or Meta-analysis. Adherence to diabetes medication: a systematic review. *Diabetic Medicine*, 32(6), 725–737. <https://doi.org/10.1111/dme.12651>

Leites-Docío, A., García, P., Fernández, M., Salgueiro, L., Fornos-Pérez, J.A., y Rodríguez, N.F. (2019). Evaluación de la no adherencia al tratamiento hipoglucemiante en la farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*, 11(1), 5–13. <https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218>.

Marinho, F.S., Moram, C.B.M., Rodrigues, P.C., Leite, N.C., Salles, G.F., y Cardoso, C.R.L. (2018). Treatment Adherence and Its Associated Factors in Patients with Type 2 Diabetes: Results from the Rio de Janeiro Type 2 Diabetes Cohort Study. *Journal of Diabetes Research*. <https://doi.org/10.1155/2018/8970196>

Pereira, A., De Sousa, B., Borges, D.S., García, J., Silva, F.V., Coelho, M.M., y Júnior, R. (2015). Adherence to the treatment with oral antidiabetic medications in primary health care. *Revista Rene*, 16(3), 425–433. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000300016>

Ramos, Y., Morejón, R., Gómez, M., Reina, M.E., Rangel, C., y Cabrera, Y. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista FINLAY*, 7(2), 89–98. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200004&lng=en&tlng=en

Shrivastava, S., Shrivastava, P., y Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes y Metabolic Disorders*, 12(1), 14. <https://doi.org/10.1186/2251-6581-12-14>

Yang, X., Wang, Z., Harrison, S., y Lau, J. (2020). Coverage and adherence of antiretroviral therapy among Chinese HIV-positive men who have sex with men with high CD4 counts in the era of “Treat all.” *Tropical Medicine International Health*, 25(3), 308–318. <https://doi.org/10.1111/tmi.13353>

AUTORES/AUTHORS:

ROSA MARIA PIÑEIRO ALBERO, ISABEL GOMEZ ORTUÑO, JUANA GARCIA NAVARRO, MARIA EUGENIA CARPENA ORTEGA, VERONICA FORTE SERRANO, MARIA CARRION HUESCA

TÍTULO/TITLE:

VISIÓN ENFERMERA ANTE LOS RIESGOS CARDIOVASCULARES DEL EQUIPO QUIRÚRGICO AREA V (MURCIA)

Objetivo

Analizar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) del personal sanitario que trabaja en la Unidad quirúrgica del Área de Salud V (Murcia).

Metodología:

Se realiza un estudio descriptivo observacional de corte transversal, población 55 profesionales de la salud. En el mes de septiembre del 2019 se inicia la búsqueda bibliográfica, se entrega a cada sujeto un cuestionario anónimo. Se habilita una sala para preservar la intimidad, para recogida de medidas antropométricas. Colesterol se acepta una analítica reciente. Se calcula RCV utilizando tablas REGICOR y estimación del nivel de estrés sufrido tomando como resultado test de Hock. El nivel de satisfacción con escala General de Satisfacción.

Resultados:

Muestra final n= 55, 18,2% (n =10) hombres y 81,8% (n= 45) mujeres, edades 35 y 64 y \bar{x} 49,4 años (DT = 8,7). Según la categoría profesional: 60% enfermeros/as y 45,5% turno rodado. FRCV recogidos: IMC \bar{x} 24,6 Kg/m² presentando sobrepeso 32,1%, colesterol 30,9%, 22,6% hipertensos y 7,3% diabéticos. Edad y el riesgo coronario se relacionan de forma directa y significativa ($r=0,550$, $p<0,001$). Estrés < 42 puntos. Escala de satisfacción laboral 61,1 (DT=1,06).

Discusión:

El turno de trabajo no es un FRCV significativo para dichos profesionales, por lo tanto no se verifica dicha hipótesis, aunque la evidencia científica aporte diferentes pruebas de trastornos fisiológicos¹ y psicológicos², así como el aumento de trastornos cardiovasculares³⁻⁴. Según Santana-Herrera y colaboradores⁵, tras revisar 13 artículos, trabajar a turnos tiene un efecto perjudicial sobre la salud cardiovascular. La evidencia científica no está de acuerdo con los hallazgos de este estudio. Se relacionan las enfermedades cardiovasculares: con estrés, alteraciones metabólicas y hormonales⁶, y otros hábitos poco saludables como el tabaquismo y la mala alimentación lo que lleva a un aumento del IMC⁷. No existe acuerdo acerca del carácter concluyente de la asociación entre trabajos a turnos y enfermedad cardiovascular⁸⁻⁹. Una revisión sistemática más reciente publicó que los hallazgos encontrados no eran concluyentes y no apoyaban una asociación causal¹⁰. Estudios centrados en accidente cerebro vascular isquémico (ACV) también presentan falta de evidencias concluyentes. Hermanson y colaboradores¹¹ no encontraron mayor riesgo de ACV isquémico entre los trabajadores a turnos, no obstante, en el Nurses Health Study hubo un pequeño aumento de riesgo de ACV isquémico en enfermeras de turnos rotatorios y nocturnos durante 15 años o más¹². Según lo observado en las revisiones sistemáticas hay evidencia sugestiva pero no concluyente para las asociaciones entre FRCV y trabajo a turnos (incluidos el turno nocturno y el rodado). A propósito de los resultados de este estudio, se muestra la necesidad de realizar EpS en el personal sanitario con el fin de favorecer la salud cardiovascular, con una fijación preferentemente en los FRCV modificables. Estrategia futura, tras pandemia Covid19, comprobar la posible asociación entre las condiciones de trabajo del personal sanitario y la prevalencia de FRCV con la propia Salud cardiovascular. Se llevaría a cabo en diferentes áreas quirúrgicas de la Región de Murcia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Knutsson A, Boggild H. Gastrointestinal disorders among shift workers. *Scan J Work Environ Health* 2010;36:85-95. 2. Rohr SM,

Von Essen SG, Farr LA. Overview of the medical consequences of shift work. *Clin Occup Environ Med* 2003;3:351-61. 3. Puttonen S, Harma M, Hublin C. Shift work and cardiovascular disease – pathways from circadian stress to morbidity. *Scand J Work Environ Health* 2010;36:96-108. 61 4. Brown DL, Feskanich D, Sanchez BN, Rexrode KM, Schernhammer ES, Lisabeth LD. Rotating night shift work and the risk of ischemic stroke. *Am J Epidemiol* 2010;169:11:1370-7. 5. Santana-Herrera J, Alfano T, Escobal-Machado A. Turnos de trabajo, ¿un factor de riesgo cardiovascular? *Med Segur Trab (Internet)* 2014;60(234):179-97. 6. De Bacquer D, Risseghem VM, Clays E, Kittel F, De Backer G, Braeckman L. Rotating shift work and the metabolic syndrome: a prospective study. *Int J Epidemiol* 2009;38:848-54. 7. Zhao I, Turner C. The impact of shift work on people's daily health habits and adverse health outcomes. *Austr J Adv Nursing* 2008;25:8-22. 8. Tsatsoulis A, Fountoulakis S. The protective role of exercise on stress system dysregulation and comorbidities. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1083:196-213. 9. Harma M. Work hours in relation to work stress, recovery and health. *Scand J Work Environ Health* 2006;32:502-14. 10. Frost P, Kolstad HA, Bonde JP. Shift work and the risk of ischemic heart disease-a systematic review of the epidemiologic evidence. *Scand J Work Environ Health* 2009;35:163-79. 11. Hermansson J, Gillander Gadin K, Karlsson B, Lindahl B, Stegmayr B, Knutsson A. Ischemic stroke and shift work. *Scand J Work Environ Health* 2007;33:435-9. 62 12. Brown DL, Feskanich D, Sánchez BN, Rexrode KM, Schernhammer ES, Lisabeth LD. Rotating night shift work and the risk of ischemic stroke. *Am J Epidemiol* 2009;169:1370-7.

AUTORES/AUTHORS:

Luxana Reynaga-Ornelas, Luz Marcela Negrete Mendoza, Andrea Selene Ojeda Jiménez, Nadia Patricia Rodríguez Castillo, Carolina Rodríguez Rosales

TÍTULO/TITLE:

Factores epidemiológicos asociados con nefropatía en menores de trece años: revisión sistemática

Objetivo: Conocer la evidencia sobre la asociación de factores de riesgo epidemiológicos con la nefropatía en menores de trece años.

Material y métodos :Se consultaron las bases de datos Google Académico, Cochrane Library, PubMed y ScienceDirect, sin restricción en los resultados. La estrategia de búsqueda se realizó a partir de los términos encontrados en DeCS o MeSH: factores de riesgo, nefropatía, enfermedad renal, perfil epidemiológico, niño, preescolar, hábitos alimenticios. Las ecuaciones de búsqueda fueron "enfermedad renal AND niños", "nefropatía AND niños AND hábitos alimenticios", niños AND menores OR preescolares OR escolares "factores de riesgo renal", "renal AND niños OR menores OR preescolares OR escolares "factor de riesgo NOT adulto, paciente, crónico, crónica" y sus equivalentes en inglés. La búsqueda se realizó en mayo de 2020. Se incluyeron estudios con un nivel de evidencia variada, sobre factores de riesgo para nefropatía enfocados a menores de trece años, publicados en inglés y español con restricción en año de publicación de 2015 a 2020. Se excluyeron aquellos estudios con falta de relación con el tema principal, idioma de publicación y rangos de edad por arriba de la muestra de estudio (adultos). Selección, lectura crítica y nivel de evidencia. Primero se procedió a la lectura del título y resumen en donde se eliminaron 11 artículos. A continuación, se realizó la lectura del texto completo de un total de 21 estudios para decidir su elegibilidad, al aplicar los criterios de exclusión se eliminaron 14 documentos, con un total de 7 estudios restantes para incluir en la revisión. Para otorgar el nivel de evidencia se utilizó lo obtenido según Melnyk, B. M., & Fineout- Overholt, E., en Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice, los 7 obtuvieron un nivel VI, correspondiente a evidencia de un solo estudio descriptivo o cualitativo. Los tres miembros del equipo se encargaron de realizar las búsquedas, selección y lectura crítica de cada artículo consultando entre los mismos en caso de desacuerdos. En los siete artículos que se eligieron se encontró que todos los estudios eran descriptivos y la selección de la muestra intencional. El total de los artículos se publicaron en los últimos 5 años, de los cuales, el 57.1%, fue publicado en los últimos dos años. Se recogieron 3 tipos de variables: sobre las características de la muestra: año de publicación, país de estudio, lenguaje de publicación, tipo de publicación, diseño; sobre nefropatía: causas, prevalencia e incidencias en menores de 13 años; y sobre factores de riesgo epidemiológicos tales como factores sociodemográficos, antropométricos, biofisiológicos e higiénico-dietéticos.

Resultados. Se localizaron 36 estudios, obteniéndose una muestra final de n=7 tras eliminar duplicados y aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Según los hallazgos en cada uno de los estudios se encontró que de acuerdo a los factores sociodemográficos, el 71.42% (5) de los estudios, consideró variables como edad, sexo y género, sin encontrar una asociación directa con alguno de estos y la aparición de la enfermedad renal. El 57.14% (4) de los autores, consideró a los antecedentes heredofamiliares de suma importancia, pues resultaron ser causa del incremento del riesgo cardiovascular, así mismo, los consideraron un dato útil para identificar las etapas iniciales de la enfermedad renal principalmente en niños con familiares de primer o segundo grado con algún tipo de nefropatía. Solamente el 14.28% (1) de los estudios, consideraron a las condiciones de la vivienda y del medio ambiente de los niños como un factor de riesgo, concluyendo que el medio ambiente juega un papel muy importante en el desarrollo de la enfermedad renal a edades tempranas.

Respecto a los factores antropométricos, se consideró el índice de masa corporal (IMC) en el 57.14% (4) de los estudios, como factor principal en aumento de la vulnerabilidad para el desarrollo de la enfermedad renal, pues fue un instrumento que permitió conocer e identificar el estado de sobrepeso u obesidad en los niños, condiciones que, a su vez, aseguraron predisponer al daño renal a edades tempranas y en edades adultas. El sobrepeso y la obesidad también fueron considerados factores de riesgo renales

en el 57.14% (4) de los estudios incluidos en la revisión.

En los factores biofisiológicos, destacan la microalbuminuria y la proteinuria como agravantes y asociados a una disminución considerable de nefronas, así como factores de riesgo para daño renal a mediano y largo plazo, en el 42.85% (3) de los estudios. Otra condición determinada como precedente de la enfermedad renal fue la presencia de hipertensión en los niños, mencionada en el 71.42% (5) de los estudios. El patrón alimenticio inadecuado, formó parte de las variables higiénico-dietéticas, considerado como una condición que precede a padecer sobrepeso u obesidad en menores, mencionados anteriormente como causas del daño renal precoz, fue determinado así en el 71.42% (5) de los estudios incluidos.

Finalmente, 5 de los 7 estudios incluidos, fueron realizados con muestras desde 40 hasta 172 menores, en los cuales tuvieron los siguientes hallazgos: se encontró algún tipo de daño o lesión renal en un 2.7% hasta un 24% del total de la población de su estudio, demostrando así el aumento progresivo del desarrollo de una nefropatía en la población pediátrica, con origen en la presencia de los distintos factores de riesgo epidemiológicos, descritos en esta revisión.

Discusión

Investigaciones alternas basadas en la Enfermedad Renal Crónica (ERC) muestran la importancia de detectar los estadios tempranos de la enfermedad. Se encontró también que el número de estudios e información disponible sobre nefropatía en la edad adulta, es mayor que la de la población pediátrica, esta deficiencia puede deberse al hecho de que se percibe a la enfermedad renal como una patología o una condición propia o ligada únicamente a una edad avanzada, sin embargo, el interés por la nefropatía en edades tempranas parece estar ganando relevancia, concentrándose en el total de los estudios localizados en esta revisión en los últimos cinco años, algo lógico y esperado, ya que la tendencia de la última década ha sido el incremento de las enfermedades renales en edades precoces. Teniendo en cuenta esta inclinación, el objetivo principal de esta revisión fue conocer los posibles factores de riesgo o vulnerabilidad de los menores de trece años a desarrollar algún tipo de enfermedad renal.

Según lo encontrado en la literatura, variables como edad, hábitos alimenticios, estado cardiovascular (tensión arterial) y alteraciones bioquímicas en orina, fueron considerados factores de riesgo potencialmente relacionados con la aparición y desarrollo de la enfermedad renal, y así mismo, deberían ser considerados en la prevención, de tal manera que contribuyan a una mejora en la calidad de vida de la población pediátrica y al mismo tiempo, de la población en general. Es muy posible que las alteraciones renales comiencen en etapas tempranas de la vida y, por lo tanto, los sujetos de alto riesgo, son los niños y adolescentes con estilos de vida poco saludables, como obesidad, pues pueden tener una enfermedad renal no diagnosticada, que podría ser manifestada en la edad adulta como insuficiencia renal.

En cuanto a las variables epidemiológicas, la mayoría de los niños que forman parte de los estudios en esta revisión, han demostrado tener vulnerabilidad a padecer enfermedad renal, debido principalmente a los inadecuados hábitos de salud, tanto alimenticios como los relacionados con la actividad física, que conlleva un estado de sobrepeso u obesidad (Cerna-Márquez et al., 2018), así como antecedentes previos, tales como la presencia de familiares de primer o segundo grado con enfermedades crónicas entre las que destacan la hipertensión arterial, diabetes y/o algún tipo de nefropatía (Medeiros, Andrade-Veneros, Toussaint-Martínez de Castro, et al., 2015), desencadenando así en el niño, un estado de alto riesgo a las mismas múltiples patologías, con la diferencia, del desarrollo de las mismas a una edad mucho más temprana, aumentando en igual magnitud las complicaciones o consecuencias de las mismas, como una gran disminución de la calidad de vida, el abandono de los roles y actividades diarias hasta una muerte precoz. Ahí radica la gran importancia de la implementación de acciones que contribuyan a la prevención de la enfermedad renal y ayuden al retraso de su desarrollo en etapas terminales.

El estudio tiene algunas limitaciones, no presenta la metodología metaanalítica y debido a que los artículos revisados y elegidos son de tipo descriptivos en donde se incluyen estudios del tipo observacional, transversal y retrospectivo, el nivel de evidencia de los mismos es bajo, pero son adecuados, pues quiere decir que no hay evidencia científica suficiente ni totalmente comprobada, por lo tanto, es indispensable que se continúen investigando y publicando los resultados, de la misma manera para analizar prevalencias y relacionar variables entre sí.

Conclusiones. Una parte importante de niños padecen algún tipo de enfermedad renal o bien, como mínimo, tienen factores de riesgo asociados al desarrollo de la misma. Es un problema de salud catastrófico en niños y adolescentes, adquiriendo a través de los últimos años una gran incidencia y alto impacto dentro de las enfermedades no transmisibles.

Implicaciones para la práctica. La detección de alteraciones renales en niños y adolescentes de alto riesgo con sobrepeso u obesidad puede ser una excelente oportunidad para ayudar a prevenir la carga de insuficiencia renal en la edad adulta. La obesidad se asoció a una alta proporción de alteraciones del metabolismo de carbohidratos y lípidos, cuya persistencia puede conducir al desarrollo y progresión de enfermedades crónicas, como enfermedad renal crónica, diabetes e hipertensión, en el futuro. Los programas de detección para la detección de enfermedades renales deben comenzar en la población pediátrica, especialmente en aquellos sujetos más vulnerables, es decir, quienes padezcan sobrepeso y/u obesidad, no necesariamente con la presencia de hipertensión u otras anomalías metabólicas. Esto último podría ayudar a implementar estrategias de manejo adecuadas para prevenir la progresión de la enfermedad renal y reducir la carga socioeconómica de la enfermedad, puesto que estrategias enfocadas a mejorar la nutrición y los estilos de vida en la población joven, pueden disminuir los factores de riesgo para enfermedad renal, en la edad adulta.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Castillo-Orozco, A., Gómez-Restrepo, A., Puche-Gómez, S., Mejía-Mora, A., Sánchez-Zapata, D.-T., Nieto-Ríos, J.-F., & Serna-Higueta, L. (2018). Proteinuria persistente en pacientes pediátricos, caracterización histopatológica y su influencia en la progresión de la enfermedad renal crónica. *Medicina U.P.B.*, 37(1), 9–16.
- Cerna-Márquez, M.-A., Guerrero-Manueles, J.-R., & Licona-Rivera, T.-S. (2018). Factores cardiovasculares y renales asociados a hipertensión arterial en pediatría. *Acta Pediátrica Hondureña*, 9(1).
- Fernández, & Melgosa. (2014). Enfermedad Renal Crónica En La Infancia. Diagnóstico Y Tratamiento. *Protocolos de Nefrología de La AEP.*, 1, 385–401.
- Figuroa, C. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en pediatría. Instrumentos utilizados para su evaluación. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 112(6), 571–576.
- García-Suárez, A., Soto-Gutiérrez, M., & Lozano-Kasten, F. (2018). Relación entre microalbuminuria y determinantes socio ambientales en niños de una localidad rural del Lago de Chapala, Jalisco, México. *Revista Médico-Científica de La Secretaría de Salud Jalisco*, 1, 29–34.
- Kovesdy, C.-P., Furth, S., Zoccali, C., & Riñón, en nombre del C. D. del D. M. del. (2017). Obesidad y enfermedad renal: consecuencias ocultas de la epidemia. *Revista de La Sociedad Española de Nefrología*, 7(4), 360–369.
- Martin-del-Campo, F., Batis-Ruvalcaba, C., Ordaz-Medina, S., Martínez-Ramírez, H., Vizmanos-Lamotte, B., Romero-Velarde, E., Cortes-Sanabria, L., & Cueto-Manzano, A. (2019). Frequency and Risk Factors of Kidney Alterations in Children and Adolescents Who Are Overweight and Obese in a. *Journal of Renal Nutrition*, 1–7.
- Martínez, R., Soliz, P., Caixeta, R., & Ordunez, P. (2019). Años de vida perdidos por muerte prematura: una medida versátil y abarcadora para el monitoreo de la mortalidad por enfermedades no transmisibles. *Rev Panam Salud Publica*, 48(4), 1367–1376.
- Medeiros, M., Andrade-Veneros, G. D., Toussaint-Martínez de Castro, G., Ortiz Vásquez, L., Hernández Sánchez, A. M., Olvera, N., Obrador-Vera, G. T., & Velásquez-Jones, L. (2015). Prevalencia de enfermedad renal en niños aparentemente sanos con antecedente familiar de terapia de reemplazo renal. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 72(4), 257–261

Mesa de Comunicaciones 15: Cuidados quirúrgicos

Concurrent Session 15: Surgical care

AUTORES/AUTHORS:

María del Carmen Cejudo Hontiyuelo, María del Carmen Sáenz de Navarrete Cordobés, Paula Araco González, Cristina Martín Román, María Galán Pérez, Verónica Heras Fraile, María Ángeles Caballero Liaño, Lorena de la Peña Núñez, Enrique Asensio Diaz

TÍTULO/TITLE:

Complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a cirugía oncológica peritoneal durante su estancia hospitalaria.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de los órganos abdominales pueden diseminarse; además de a través de las vías linfáticas y/o de los vasos sanguíneos, directamente a la cavidad abdominal y afectar a las paredes del abdomen y a todas las vísceras, lo que se conoce como carcinomatosis peritoneal. Estos tumores pueden provenir del propio peritoneo (como el pseudomixoma y mesotelioma), del sistema digestivo (como el cáncer gástrico o colorrectal) o ginecológicos.

Como tratamiento paliativo o en su erradicación local, se utiliza la cirugía citorreductora que consiste en la extirpación quirúrgica de todas las superficies peritoneales y órganos que han sido invadidos por las células neoplásicas. Para destruir las células neoplásicas invisibles que puedan quedar tras la citorreducción, la cavidad abdominal es perfundida con una dosis alta de quimioterapia caliente que aumenta su eficacia durante la cirugía. Esta técnica conocida como quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC), es un procedimiento que diseñó Paul H Sugarbaker en los años 80.

En el tratamiento de estos diversos tumores, la HIPEC tras la cirugía citorreductora, ha demostrado obtener mejores resultados que los tratamientos sistémicos con quimioterapia sola y diversos ensayos han demostrado mejores tasas de supervivencia general. Sin embargo, este tratamiento, todavía está asociado con altas tasas de morbilidad y mortalidad, aunque con el tiempo existe un mayor beneficio y calidad de vida que el riesgo que conlleva.

La técnica de citorreducción+HIPEC es una técnica compleja no exenta de complicaciones, para facilitar el estudio de estas complicaciones se pueden utilizar clasificaciones como la escala de Clavien Dindo. Este sistema revisado gradúa las complicaciones en 5 categorías basándose en el tratamiento necesario para corregir la complicación y si ésta puede provocar una discapacidad posterior o es potencialmente mortal. Ya en 2004 tras una evaluación de una cohorte de pacientes, Dindo et al. demostraron que la clasificación se consideró simple, reproducible, lógica e integral en entorno a un 90% de los encuestados.

En el hospital Rio Hortega de Valladolid la técnica de citorreducción + HIPEC para el tratamiento de carcinomatosis peritoneal se empezó a realizar en Diciembre de 2014, y aunque, como profesionales que atienden a estos pacientes somos conscientes de la aparición de diversas complicaciones durante el postoperatorio, estas no han sido estudiadas en nuestro contexto hasta el momento. El presente trabajo analiza las complicaciones que presentan los pacientes sometidos a intervenciones de citorreducción + HIPEC en nuestra unidad, ayudándonos de la clasificación de Clavien Dindo.

Cuanto mejor conozcamos los posibles efectos adversos que pueden aparecer en los pacientes que son sometidos a esta técnica en nuestra unidad mejor podremos intentar prevenirlos o anticiparnos y minimizar sus consecuencias.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir las complicaciones que presentan los pacientes sometidos a citorreducción+HIPEC en el Hospital Universitario Rio Hortega (HURH) de Valladolid durante su postoperatorio en el hospital.

Objetivos específicos:

- Clasificar las complicaciones mediante la escala de Clavien Dindo.

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes entre Enero 2015 y Octubre 2019 intervenidos en el HURH, cuya programación inicial de cirugía fue citorreducción+HIPEC.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes cuya programación inicial de cirugía fuese la técnica de citorreducción + HIPEC (aunque finalmente no se completase la quimioterapia intraperitoneal).
- Pacientes intervenidos durante el periodo Enero 2015 a Octubre de 2019.

Variables:

- Sexo
- Edad
- Origen de la carcinomatosis
- Citorreducción / citorreducción +HIPEC
- Complicaciones

Los datos se extrajeron de una base anonimizada recogida para la evaluación de la actividad de la unidad.

Las complicaciones se categorizaron para su análisis mediante la escala de Clavien Dindo:

- Grados 1 y 2: no importantes
- Grados 3,4,5: importantes

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.25. Se estimaron frecuencias y porcentajes y medias con desviación típica según tipo de variables. Se compararon variables con chi-cuadrado y t-student.

RESULTADOS:

Muestra de 140 pacientes, 84.3% mujeres. Edad media 58.68 (± 8.513) años. El 52.1% de Valladolid, seguido de Zamora (14.3%), Salamanca (9.3%) y León (9.3%).

Las causas de carcinomatosis más frecuentes fueron ovario (53.6%), colon (23.6%) y pseudomixoma (15%). Se realizó HIPEC al 79.3%.

La estancia media en REA fue de 3.98 (± 6.02) días y la estancia hospitalaria total de 17.74 (± 16.14) días.

El 51.4% presentó algún tipo de complicación y el 28,6% presentó complicaciones importantes. Hubo un 4.3% de fallecimientos (Clavien 5).

No existe relación estadísticamente significativa entre la importancia de las complicaciones y el sexo, edad o realización de HIPEC (si/no).

Existe relación estadísticamente significativa entre la importancia de las complicaciones y el origen de la carcinomatosis (chi-cuadrado=10.702, $p=0.03$), siendo el pseudomixoma la causa con más complicaciones importantes (91.7%).

Existe relación estadísticamente significativa entre la importancia de las complicaciones y la estancia tanto en REA (prueba T=

2.378, $p=0.022$) como la estancia hospitalaria total (prueba $T= 3.750$, $p= 0.001$), siendo 1,7 días mayor en REA y 4 días mayor en el hospital si las complicaciones son importantes.

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES / IMPLICACIONES PRÁCTICAS

La citorreducción+HIPEC es una técnica compleja con postoperatorios complicados. En nuestra muestra, más de la mitad de los pacientes han sufrido algún tipo de complicación, muchas de ellas clasificadas como importantes. La aparición de complicaciones hace que el postoperatorio y la estancia en el hospital se prolonguen y consecuentemente aumenten los costes.

Cuanto mejor conozcamos los posibles efectos adversos que pueden aparecer en los pacientes que son sometidos a esta técnica mejor podremos intentar prevenirlos o anticiparnos y minimizar sus consecuencias.

Por parte de las enfermeras se deben implementar medidas y protocolos de seguimiento estrecho en pacientes sometidos a citorreducción+HIPEC, que permitan detectar signos y síntomas de alerta del inicio de cualquier complicación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Alzahrani NA, Valle SJ, Fisher OM, et al. Iterative cytoreductive surgery with or without hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for colorectal peritoneal metastases: A multi-institutional experience. *J Surg Oncol.* 2019;119(3):336–346. doi:10.1002/jso.25277.
2. Bolliger M, Kroehnert JA, Molineus F, Kandoler D, Schindl M, Riss P. Experiences with the standardized classification of surgical complications (Clavien-Dindo) in general surgery patients. *Eur Surg.* 2018;50(6):256–261. doi:10.1007/s10353-018-0551-z.
3. Ceresoli M, Verrengia A, Montori G, et al. Effect of cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy on relapse pattern in primary epithelial ovarian cancer: a propensity score based case-control study. *J Gynecol Oncol.* 2018;29(3):e53. doi:10.3802/jgo.2018.29.e53.
4. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg.* 2004;240(2):205–213. doi:10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae.
5. Ferron G, Martinez A, Mezghani B. Complicaciones de la citorreducción radical y su tratamiento. En: Ramirez PT, Frumovitz M, Abu- Rustum NR. Principios de la cirugía ginecológica oncológica. España: Elsevier; 2019. p. 182-191.
6. Robella M, Vaira M, Cinquegrana A, De Simone M. Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy: morbidity and postoperative outcomes. *Minerva Chir.* 2019;74(3):195–202. doi:10.23736/S0026-4733.18.07649-6.
7. Sánchez-Hidalgo JM, Rodríguez-Ortiz L, Arjona-Sánchez Á, et al. Colorectal peritoneal metastases: Optimal management review. *World J Gastroenterol.* 2019;25(27):3484–3502. doi:10.3748/wjg.v25.i27.3484
8. Van Driel WJ, Koole SN, Sikorska K, et al. Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy in Ovarian Cancer. *N Engl J Med.* 2018;378(3):230–240. doi:10.1056/NEJMoa1708618

AUTORES/AUTHORS:

María del Carmen Cejudo Hontiyuelo, Cristina Martín Roman, María Galán Pérez, Eva Esther Godos Bello, Verónica Heras Fraile, Victoria Calvo Rodríguez, Yolanda Gimeno Tortosa

TÍTULO/TITLE:

Uso de drenajes aspirativos de baja presión en intervenciones de Cirugía Plástica. Un estudio descriptivo

INTRODUCCIÓN:

Los drenajes siguen utilizándose en intervenciones de Cirugía Plástica (CPL) a pesar de las controversias sobre su uso. Para acortar el tiempo de estancia hospitalaria es frecuente que los pacientes sean dados de alta portando algún drenaje.

Objetivo: Analizar la prevalencia del uso de drenajes aspirativos de baja presión (DABP) tras el alta hospitalaria en intervenciones de CPL y descripción de las características de los pacientes.

Palabras clave: Cuidados de enfermería/nursing care, drenaje/drainage, cuidados postoperatorios/postoperative care

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio transversal descriptivo llevado a cabo mediante la revisión de la historia clínica de todos los pacientes intervenidos en la unidad de CPL del HURH (Hospital Universitario Río Hortega) de Valladolid, durante el año 2017.

Datos recogidos:

- Variables demográficas (edad, sexo, provincia de residencia).
- Relativos al ingreso y la intervención (fecha de intervención, fecha de alta, tipo de intervención).
- Relativos al uso de los drenajes (número de DABP a la salida de quirófano, número de DABP al alta hospitalaria, fecha de retirada del último drenaje).

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.25.0, resumiendo los datos mediante porcentajes en las variables cualitativas y mediante medias y desviación típica en las variables cuantitativas.

El proyecto fue aprobado por el CEIm del HURH.

RESULTADOS:

Seleccionada una muestra de 494 pacientes, con una edad media de 52,84 (+18,09) años, mayoritariamente mujeres (62,96%), procedentes de las provincias de Valladolid (78,5%), Segovia (12,3%), Ávila (6,5%) y otras provincias en un menor porcentaje. Totalde intervenciones quirúrgicas realizadas 614, siendo las más frecuentes las cirugías de mama (37,3%).

El tiempo de estancia hospitalaria tras la intervención presenta una media de 15,09 (+59,38) días, las estancias mayores o iguales a 10 días representan solamente el 16,9% del total.

Del total de pacientes, el 30,1% portaban algún drenaje al alta, entre estos pacientes las intervenciones más frecuentes fueron las de mama (83,8%).

El tiempo de permanencia total de los drenajes tuvo una media de 12,01 (+9,05) días y la media de permanencia de los drenajes en el domicilio fue de 9,25 (+7,36) días.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES/IMPLICACIONES PRÁCTICAS:

Los datos recogidos en nuestra muestra denotan un alto porcentaje de pacientes portadores de drenajes al alta.

Estos pacientes deben ser capaces de llevar a cabo el autocuidado de los drenajes en su domicilio, por ello, parece aconsejable que las enfermeras que les atienden en el hospital sean capaces de ofrecerles una buena educación sanitaria que les capacite para este autocuidado.

Para mejorar este servicio se propondrá una intervención enfermera que comprenda formación al personal y educación sanitaria estructurada al paciente, con apoyo de material escrito. Se evaluarán los resultados mediante un estudio cuasiexperimental.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Chen C-F, Lin S-F, Hung C-F, Chou P. Risk of infection is associated more with drain duration than daily drainage volume in prosthesis-based breast reconstruction. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2016 Dec;95(49):e5605. Available from: <http://journals.lww.com/00005792-201612060-00081>.
2. Durai R, Ng PCH. Surgical Vacuum Drains: Types, Uses, and Complications. *AORN J*. 2010 Feb;91(2):266–74.
3. Esteves MT, De Domenico EBL, Petito EL, Gutiérrez MGR de. Intervenção educativa para o automonitoramento da drenagem contínua no pós-operatório de mastectomia. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 Dec;34(4):75–83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000400010&lng=pt&tlng=pt.
4. García Gavilán E, Gavilán López A, Gavilán López M. Enfermería en los cuidados de los drenajes quirúrgicos. *Rev portales medicos* [Internet]. 2017;12(11). Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-drenajes-quirurgicos/>.
5. Hadad E, Wiser I, Rosenthal A, Landau G, Ziv E, Heller L. Suction drains in esthetic breast implant exchange are associated with surgical site infections: A retrospective cohort study. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*. 2017 Nov;70(11):1635–40.
6. Li E, Rayatt S. Patient-led drain output charting is as accurate as nurse led documentation and may reduce inpatient stay and nursing expense. *Eur J Surg Oncol*. 2014 May;40(5):610–1.
7. Lyons N, Heron P, Bethune R. Improving the recording of surgical drain output. *BMJ Qual Improv Reports*. 2015;4(1):u209264.w3964.
8. Miranda BH, Wilson RBL, Amin K, Chana JS. The drain game: Abdominal drains for transverse rectus abdominis myocutaneous breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*. 2015 Jun;68(6):810–4.

9. Scomacao I, Cummins A, Roan E, Duraes EFR, Djohan R. The use of surgical site drains in breast reconstruction: A systematic review. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg.* 2020 Apr;73(4):651–62.

Mesa de Comunicaciones 16: Enfermería y formación de profesionales**Concurrent Session 16: Nursing and training of professionals****AUTORES/AUTHORS:**

Liliana Mota, Ana Catarina Silva, Inês Cardoso, Juliana Almeida, Cátia Azevedo, Rafaela Pinto

TÍTULO/TITLE:

Nursing students' satisfaction with practical and laboratory classes

Aim: to evaluate the satisfaction of nursing students with practical and laboratory classes from the Fundamentals of Nursing Course I. **Methods:** descriptive quantitative study. Data collection using an online questionnaire divided into two parts: the first referring to the sociodemographic characterization of students enrolled in the Course, a second organization organized by 16 questions, structured according to a five-point scale, which is classified between semantic fields (strongly disagree and strongly agree). The questionnaire has a Cronbach's alpha of 0.93. Non-probabilistic sample for convenience with 51 students of the Nursing Degree course. Data collected from March to June 2020. A rate of return on the questionnaire was 75%. For data analysis, perform descriptive and inferential statistics according to the nature of the variables and using the Statistical Package for the Social Sciences, version 25. **Results:** the study's participants had an average age of 20.55 ± 4.5 years, ranging between 18 and 40 years. Most of the participants (84.3%) are female. Study participants reveal high average values in relation to the fact that practical and laboratory classes raise interest (4.63 ± 0.49), approach to relevant content (4.69 ± 0.47), learning facilitator (4.76 ± 0.47), essential for the professional future (4.76 ± 0.43) and to clarify unconsolidated themes (4.55 ± 0.64) in the theoretical typology component. The learning assessment methodology used is lower than the average, namely, its adequacy (3.82 ± 1.03), the assessment meets the students' expectations (3.82 ± 1.01) and feedback in relation to the acquired knowledge (3.94 ± 0.97). There is only a significant and negative correlation between the age of the participants and the operationalization of theoretical and theoretical-practical syllabus in practical and laboratory classes ($r = -0.390$, $p = 0.005$). **Discussion:** Students show more dissatisfaction with the evaluation methodologies used in practical and laboratory classes, despite recognizing the relevance of this type of classes in their development of skills for the nursing profession. The lower satisfaction with the evaluation methodology may be related to the subjective character of the evaluation grid used, and the fact that knowledge validation is carried out orally and randomly, which does not place students on equal terms for knowledge validation. It is also essential that the feedback regarding knowledge is immediate so that the student is allowed to deepen the knowledge through the recognition of the lacunae areas of knowledge. As a result, the importance of revising the methodologies used in the scope of practical and laboratory classes is emphasized, which demonstrates the need for revision of the evaluation method used, as well as the feedback given to students by teachers, regarding the knowledge acquired by them. of these. It is therefore important to invest in the continuous improvement of teaching and assessment methodologies to be used, in order to guarantee equity and the development of professional knowledge and skills in favor of academic success.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Jeffries, P. (2015). Signs of Maturity . . . Simulations Are Growing and Getting More Attention. *Nursing Education Perspectives*, 36, pp. 358-359. doi: 10.5480/1536-5026-36.6.358
- Kaneko, R., & Lopes, M. (2019). Realistic health care simulation scenario: what is relevant for its design? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, pp. 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018015703453>
- Stephens, J., Brailey, H., & Platt, A. (2011). "Appearing the team": from practice to simulation. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 18, pp. 672-682. doi:<https://doi.org/10.12968/ijtr.2011.18.12.672>
- Torredà, M., & Collado, A. (2015). Simulation-Based Learning as a Tactic for Teaching Evidence-Based Practice. *Teaching EBP Column*, 12, pp. 392-394. doi:10.1111/wvn.12107
- Vuuren, V. J., Seekoe, E., & Goon, D. T. (2018). The Perceptions of Nurse Educators. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 1-20. doi:<https://doi.org/10.25159/2520-5293/1685>

AUTORES/AUTHORS:

Kenza Laroussy, Yolanda Castellano, Antoni Baena, Ariadna Feliu, Mercè Margalef, Esteve Fernández, Cristina Martínez

TÍTULO/TITLE:

Determinantes de seguimiento de una cohorte de estudiantes de enfermería mediante una encuesta online

Introducción: Uno de los mayores desafíos de los estudios de cohortes es la continuación de la participación de los sujetos a lo largo del período de seguimiento. Esto implica minimizar las pérdidas en el seguimiento (fenómeno conocido como attrition en inglés) y para ello, es útil conocer los determinantes que influyen en él. Éstos pueden variar según cómo se recogen los datos y las características de la propia cohorte.

Objetivo general: Analizar los determinantes de seguimiento en el "Estudio de Seguimiento del Consumo de Tabaco en Estudiantes del Grado Universitario en Enfermería en Cataluña" (ECTEC-S) de acuerdo con las características individuales de los participantes así como de las organizaciones universitarias a las que pertenecen.

Metodología: En el curso 2015-16, se llevó a cabo el estudio transversal "ECTEC" para conocer la prevalencia de consumo de productos de tabaco y cannabis, el nivel de formación recibida y el nivel de conocimientos en tabaquismo en estudiantes de enfermería. Participaron un total de 4.381 estudiantes de las 15 Escuelas Universitarias de Enfermería de Cataluña. En el año 2018, recontactamos con los participantes para analizar los cambios producidos en las áreas exploradas mediante una segunda encuesta en línea. Así, la cohorte a seguir estaba formada por los 3.440 participantes que habían proporcionado su consentimiento informado y al menos un correo electrónico para el contacto. Se les invitó por correo electrónico a responder el cuestionario en línea en el que se incluyeron las variables del estudio (consumo de productos de tabaco, cigarrillo electrónico y cannabis; conocimientos sobre el tabaquismo; actitud hacia el tabaquismo como problema sanitario y; formación recibida durante el grado de enfermería). Para este estudio se ha analizado como variable dependiente la participación en el seguimiento (sí/no) y cómo factores determinantes de la participación las variables sociodemográficas y de consumo de tabaco referidas al inicio del estudio (curso 2015-16). Se han usado modelos de regresión logística, ajustados por edad y sexo según corresponda [Odds Ratio ajustado (ORa) y sus intervalos de confianza (IC) al 95%], considerando significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: Obtuvimos 1.097 (36,4%) respuestas al cuestionario de seguimiento. Las mujeres participaron más que los hombres (ORa: 1,73; 1,38-2,18). Por grupos de edad, los estudiantes de ≤ 24 años participaron más que los ≥ 25 años (≤ 19 años ORa: 1,42; 1,15-1,77 / 20-24 años ORa: 1,35; 1,12-1,64). En comparación con los fumadores, los no fumadores participaron más (ORa: 1,42; 1,20-1,70). No se observaron diferencias por curso, universidad, tipo de universidad, localización de la universidad y tipo de correo electrónico.

Conclusiones: En el estudio ECTEC-S, en el que se ha recontactado tres años después de realizar una encuesta basal con estudiantes de enfermería a través de correo electrónico, el porcentaje de participación está en consonancia con el de estudios similares. Los determinantes de participación en este estudio fueron: ser mujer, menor de 24 años y no fumar. Futuros estudios de seguimiento deben plantear medidas para incrementar la participación en encuestas enviadas por correo electrónico y valorar la temporalidad del seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Samet, J.M., Muñoz, A. 1998. Evolution of the cohort study. *Epidemiol. Rev.* 20 (1), 1–14. doi: 10.1093/oxfordjournals.epirev.a017964.
- (2) Hunt, J.R., White, E. 1998. Retaining and Tracking Cohort Study Members. *Epidemiol. Rev.* 20 (1), 57-70. doi: 10.1093/oxfordjournals.epirev.a017972.
- (3) Eysenbach, G., 2005. The law of attrition. *J. Med. Internet Res.* 7 (1), e11. doi:10.2196/jmir.7.1.e11.

- (4) Garcia, M., Schiaffino, A., Fernandez, E., Marti, M., Salto, E., Perez, G. et al., 2003. The Cornella Health Interview Survey Follow-Up (CHIS.FU) Study: design, methods, and response rate. BMC Public Health. 3, 12. doi: 10.1186/1471-2458-3-12
- (5) Jupp, V., 2006. The SAGE Dictionary of Social Research Methods. The SAGE publications.
- (6) Garcia, M., Fernandez, E., Schiaffino, A., Borrell, C., Marti, M., Borrás, J.M. 2005. Attrition in a Population-based Cohort Eight Years after Baseline Interview: The Cornella Health Interview Survey Follow-up (CHIS.FU) Study. Ann. Epidemiol. 15(2), 98-104. doi: 10.1016/j.annepidem.2004.06.002.
- (7) The American Association for Public Opinion Research, 2016. Standard definitions 9th edition.
- (8) Martínez, C., Baena, A., Castellano, Y., Fu, M., Margalef, M., Tigova, O. et al., 2019. Prevalence and determinants of tobacco, e-cigarettes, and cannabis use among nursing students: A multicenter cross-sectional study. Nurse Educ. Today. 74, 61-68. doi: 10.1016/j.nedt.2018.11.018.

AUTORES/AUTHORS:

Liliana Mota, Fernanda Príncipe

TÍTULO/TITLE:

Competence profile of nursing finalists' students

Aim: to identify the competence profile of the finalist students of the 1st cycle of studies of the nursing degree course. **Methodology:** quantitative, descriptive study, using retrospective documentary analysis of the assessment instruments of clinical teaching of integration into professional life of the 4th year of the nursing degree course, in the period from 2015 to 2019. The instrument of evaluation of clinical teaching of integration into professional life consists of 12 dimensions (responsibility, legal practice and according to ethics, scientific knowledge and critical-reflective thinking, health promotion, data collection, planning, execution, evaluation, communication and interpersonal relationships, safe environment, care interpersonal health care and records) operated on a Likert scale from 0 to 5. The Cronbach's alpha of the instrument is 0.98. Non-probabilistic sample for convenience. 287 evaluation instruments were analyzed. Descriptive statistics were used for data analysis using the Statistical Package for the Social Sciences version 25. **Results:** students enrolled in clinical education are mostly female (85%). Most students performed clinical teaching in the critical patient area (32.4%), followed by the medical area (26.1%), the medical-surgical area (21.6%), the surgical area (13.9%) and the remaining 6% in other areas of health. We found that the dimension of interprofessional health care is that it presents higher average values (4.66 ± 0.50), followed by the dimension of legal practice and according to ethics (4.61 ± 0.44). The domains with the lowest average values are scientific knowledge and critical-reflective thinking (3.96 ± 0.67) and nursing care planning. **Discussion:** at the end of the course, students reveal less skills in scientific knowledge and critical-reflective thinking, which has a significant impact on their ability to plan care and their subsequent evaluation of implemented care. Therefore, it is essential to implement strategies that facilitate /increase the acquisition of knowledge and critical-reflexive capacity of students in clinical medical-surgical education. This study made a great contribution to the understanding of the development of skills for the professional practice of nursing, serving as an instrument for decision making in the reorganization of the teaching-learning process in guaranteeing the quality of teaching and professional success.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2015). Knowledge development in nursing. United States of America: Elsevier Health Sciences.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Divulgar.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Tabari-Khomeiran, R., Kigu, A., Parsa-Yekta, Z., & Ahmadi, F. (2007). Competence Development Among Nurses: The Process of Constant Interaction. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38, 211-18.
- World Health Organization. (2015). Nurses and Midwives: A Vital Resource for Health, in European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals. Copenhagen: WHO.

AUTORES/AUTHORS:

Sónia Novais, Liliana Mota, Maribel Carvalhais

TÍTULO/TITLE:

Social representation of tutorial guidance typology classes for nursing students: an exploratory study

Objective: To identify the social representation of tutorial-oriented typology classes for undergraduate nursing students.

Method: Qualitative and exploratory study. 133 students from the nursing undergraduate course participated in the study. Most participants are female (85%), with an average age of 22.7 ± 5.9 years ranging from 18 to 44 years. The message sent contained the link to answer a questionnaire built on Google Forms. The first part contained questions related to sociodemographic data and the second part consisted of a free word association test. Questions were prepared in which students were asked to respond with five words or expressions to the questions: when I think of tutorial guidance classes I remember ...; when I think about the goals of the tutorial orientation classes I remember...; when I think of skills developed in tutorial classes I remember...; when I think of the work that was developed in the tutorial orientation classes I remember...; when I think about the assessment that is carried out in tutorial guidance classes I remember... Data collection took place between April and June 2020. Two databases were created using Open Office software version 4 (writer and Calc). They were computed using the Iramuteq software version 0.7 alpha 2. A prototypical analysis of the data was performed using a matrix.

Participation in the study was voluntary, guaranteed anonymity and confidentiality, and given the possibility for participants to withdraw from the study without any loss. A favourable opinion was obtained from the Ethics Committee on the procedures for safeguarding the ethical principles and rights of the participants and authorization was obtained for their holding from the Board of Directors.

Results: From the data analysis, it appears that "work", "work_in_equipment", "knowledge", "learning" and "thought_critic_reflexive" constitute the central core of students' social representation. The words found in the first periphery are "to_develop_competences", "to_decision", "justice", "effort" and "peer_feedback".

Discussion: Undergraduate Nursing students represent tutorial guidance classes as a methodology that allows them to develop work aimed at developing teamwork skills, deepening their knowledge, contributing to critical and reflective learning and thinking. These results are supported by the first periphery that reinforces the importance that students attribute in their discourse to the development of decision-making skills. Their concerns with the evaluation models also emerge when they emphasize the effort required to carry out the work and justice. It is recognized by students that the evaluation of group work is carried out using Peer-feedback, which highlights their active role in the teaching-learning process. It is important to use this pedagogical methodology centered on students and aimed at the development of core competencies in the assumption of the nursing profession.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Rodrigues, A. P. (2014). O tutorial (Mentoring) na formação do enfermeiro. (Dissertação). Universidade Federal Alagoas. Brasil. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1158>

Silva, G. N., Barbosa, D. S., Tsutsumi, K. P., & Faria, A. F. (2017). Ferramentas de análise estratégica aplicadas ao planejamento do programa de educação tutorial (pet). *Revista Latino-Americana de Inovação e Engenharia de Produção*, 5(8), 77-97. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322213398_FERRAMENTAS_DE_ANALISE ESTRATEGICA APLICADAS_AO_PLANEJAMENTO_DO_PROGRAMA_DE_EDUCACAO_TUTORIAL_PET

Silva, T. L., Andrades, B. D., Scarparo, H. B., & Pizzinato, A. (2010). A educação tutorial - reflexão de docentes sobre suas práticas. *Revista Educação em Questão*, 39(25), 108-130. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/302545449_A_educacao_tutorial_-_reflexoes_de_docentes_sobre_suas_praticas

Sim-Sim, M. M., Marques, M. C., Frade, M. A., & Chora, M. A. (2013). Tutoria: perspectiva de estudantes e professores de enfermagem. *Revista Iberoamericana de Educação Superior*, IV(11), 45-59. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007287213719322>

Simão, J. V.; Santos, S. M. & Costa, A. (2005). *Ambição para a excelência. A oportunidade de Bolonha*. Lisboa: Gradiva.

Simão, A. M., Flores, M. A., Fernandes, S., & Figueira, C. (setembro/dezembro de 2008). Tutoria no ensino superior: concepções e práticas. *Sísifo. Revista de ciências da educação*, 7.

Veiga Simão, A. M., Figueira, C., Flores, M. A., & Fernandes, S. (2008). Tutoria no ensino superior: concepções e práticas. *Revista de Ciências da Educação*, (7), 75-88. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/228735970_Tutoria_no_ensino_superior_concepcoes_e_praticas

AUTORES/AUTHORS:

Maribel Carvalhais, Liliana Mota, Sónia Novais

TÍTULO/TITLE:

Guías de orientación tutorial como herramienta pedagógica.

Objetivo: Analizar las guías de orientación de tutoría para las diferentes unidades curriculares de estudiantes en cursos de pregrado en enfermería.

Método: estudio cualitativo y exploratorio, de análisis documental. Estudio realizado en una institución de salud de educación superior en la región central de Portugal.

Se analizaron 11 guías de tutoría preparadas por los maestros y puestos a disposición en la plataforma moodle, en el año académico 2019/2020, con las siguientes categorías analizadas: el año del curso, la denominación de la unidad curricular, el número total de horas, el número de horas de contacto, Número de horas de orientación tutorial, introducción del guía, explicación de la orientación tutorial, explicación de la metodología de orientación tutorial y definición de objetivos, actividades a desarrollar y habilidades, de acuerdo con la taxonomía de Bloom.

El análisis del documento tuvo lugar en abril de 2020.

Las guías de orientación tutorial fueron sometidas a análisis de contenido, según Bardin. Se creó una base de datos en el software Microsoft Excel 2010. El análisis de datos se realizó en función de las categorías mencionadas anteriormente.

Para salvaguardar la privacidad de la institución, se codificó el nombre de las unidades curriculares. Se obtuvo una opinión favorable del Comité de Ética sobre los procedimientos para salvaguardar los principios y derechos éticos de los participantes (opinión 04/2020) y se obtuvo la autorización de la Junta Directiva de la institución de educación superior.

Resultados: Del análisis de datos, parece que el primer y segundo año tienen 3 unidades de curso con OT, con una frecuencia de horas de contacto en OT de 24.66% y 46.0% respectivamente. El tercer año tiene 4 unidades de curso con OT, con una frecuencia de horas de contacto en OT de 40.4% y el cuarto año tiene 1 unidad de curso con OT, con una frecuencia de horas de contacto de OT de 41.6%.

En todas las guías de tutoría hay una breve introducción, explicación del OT y explicación de la metodología PBL.

De acuerdo con la jerarquía de la pirámide de Taxonomía de Bloom, la definición de objetivos para las clases de tipología OT se encuentra principalmente dentro del nivel taxonómico de aplicación y análisis. Las actividades a desarrollar y las competencias están a nivel de análisis y evaluación.

Discusión: Las guías de tutoría son una herramienta esencial que permite a los estudiantes en el curso de enfermería desarrollar trabajos destinados a desarrollar habilidades, de acuerdo con una estructura de organización jerárquica, basada en la taxonomía de Bloom. Esta metodología de enseñanza y aprendizaje está idealizada como un proceso activo, cognitivo, constructivo, dialógico y autorregulador. De esta manera, las guías de orientación tutorial enfocan sus objetivos principalmente en el aspecto de analizar y aplicar y las actividades a desarrollar y las habilidades más a nivel de análisis y evaluación, tratando de responder a lo que se espera que los estudiantes de educación superior adquieran.

Es importante utilizar esta metodología pedagógica centrada en los estudiantes y dirigida a desarrollar habilidades que serán importantes para los futuros profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Rodrigues, A. P. (2014). O tutorial (Mentoring) na formação do enfermeiro. (Dissertação). Universidade Federal Alagoas. Brasil. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1158>

- Silva, G. N., Barbosa, D. S., Tsutsumi, K. P., & Faria, A. F. (2017). Ferramentas de análise estratégica aplicadas ao planejamento do programa de educação tutorial (pet). *Revista Latino-Americana de Inovação e Engenharia de Produção*, 5(8), 77-97. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322213398_FERRAMENTAS_DE_ANALISE ESTRATEGICA APLICADAS_AO_PLANEJAMENTO_DO_PROGRAMA_DE_EDUCACAO_TUTORIAL_PET
- Silva, T. L., Andrades, B. D., Scarparo, H. B., & Pizzinato, A. (2010). A educação tutorial - reflexão de docentes sobre suas práticas. *Revista Educação em Questão*, 39(25), 108-130. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/302545449_A_educacao_tutorial_-_reflexoes_de_docentes_sobre_suas_praticas
- Sim-Sim, M. M., Marques, M. C., Frade, M. A., & Chora, M. A. (2013). Tutoria: perspectiva de estudantes e professores de enfermagem. *Revista Iberoamericana de Educação Superior*, IV(11), 45-59. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007287213719322>
- Simão, J. V.; Santos, S. M. & Costa, A. (2005). *Ambição para a excelência. A oportunidade de Bolonha*. Lisboa: Gradiva.
- Simão, A. M., Flores, M. A., Fernandes, S., & Figueira, C. (setembro/dezembro de 2008). Tutoria no ensino superior: concepções e práticas. *Sísifo. Revista de ciências da educação*, 7.
- Veiga Simão, A. M., Figueira, C., Flores, M. A., & Fernandes, S. (2008). Tutoria no ensino superior: concepções e práticas. *Revista de Ciências da Educação*, (7), 75-88. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/228735970_Tutoria_no_ensino_superior_concepcoes_e_praticas

AUTORES/AUTHORS:

Helena Isabel Cardoso da Silva, Andrea Fernandes Mendes, João Francisco Coelho Ferreira, Isabel Cristina Pereira Pinto, Adriana Filipa Cardoso Lagadoiro, Ana Sofia Silva Martins, Liliana Vanessa Lúcio Henriques, Rosa Cândida Carvalho Pereira Melo

TÍTULO/TITLE:

RESPECT FOR THE DIGNITY OF THE CARED PERSON: MEANING ASSIGNED BY NURSING STUDENTS

Objectives: To identify students' opinions about the concept of dignity; To analyze the meaning attributed by students to the respect for the dignity of the cared person.

Methods: A descriptive study with a qualitative and quantitative approach, carried out with 43 students of the fourth year of the Nursing Degree Course at a Higher School of Nursing in the Central region of Portugal, who participated in the seminar "Humanitude Care Methodology: technology of care that promotes autonomy and self-care". To collect data, a questionnaire was applied with closed questions for sociodemographic characterization (sex and age) and open questions: "Write 5 (five) words that immediately associate with the concept of Dignity" and "What does it mean for you to respect the dignity of the cared person?". The analysis of quantitative data was carried out in IBM SPSS Statistics V20.0 and the analysis of qualitative data was carried out according to the content analysis of Bardin (2016), with the collaboration of three researchers.

Results: Of the participants in the study, 88.4% were female and 11.6% were male, aged between 21 and 29 years. In the question "Write 5 (five) words that you immediately associate with the concept of Dignity", the most mentioned concepts were: "respect" (17%) and "right" (8%).

From the content analysis to the answers resulting from the question "What does it mean to you to respect the dignity of the person being cared for?" Four categories emerged: respect, autonomy, person-centered care, and interaction.

In the category respect, five subcategories were found, such as privacy (3 answers), person (10 answers), individuality (6 answers), beliefs and values (6 answers), and rights (3 answers). Regarding to the subcategory privacy, this participant mentioned the importance of caring the person by "respecting their privacy" (P30). About the subcategory person, it was referred the need to "respect the person as a human being" (P43). Regarding the respect for person's dignity it matters to attend to their individuality, as the following statement suggests "respect their preferences and personal features promoting their individuality" (P20), acknowledging their beliefs and values, in concordance with the statement of this participant "respect the person's desires ... their beliefs and values" (P8). In the subcategory rights, it was mentioned that "the respect for dignity is a right, which includes the respect for the other as an all" (P27).

In the category autonomy emerged two subcategories: self-determination with 13 answers and freedom with 3 answers. In the subcategory of self-determination, "ensure that the person is free of choose what she wants for herself" it was mentioned by a participant as essential to respect dignity (P22). In what concerns to freedom, it was referred in this statement that the caregiver should "guarantee ... the cared person's freedom" (P10).

In category of person-centered care emerged five subcategories: customization of care (8 answers), integrity (5 answers), independence (1 answer), recognition of the cared person (1 answer), and identity (1 answer). In customization of care, one participant mentioned the need to "pay attention to situations, preferences and limitations of the person" (P9). In the respect for human dignity it is important to "care with respect for person's integrity" (P42), being aware to "preserve their independency" (P24) and "preserve the person's identity" (P40). The recognition of the cared person is a factor to consider in the respect for dignity, as referred in this statement, which strengthens the importance of "valuing and helping the person" (P14).

The category of interaction includes the subcategories empathy with 4 answers and communication with 1 answer. Regarding

empathy, one of the participants emphasized that the caregivers should “care as we would like to be cared ... be empathic” (P4). Communication was also identified as essential in the respect for the person’s dignity and the caregivers should “care ... using the Humanitude pillars” (P5).

Discussion: Although dignity is a central concept in nursing practice, it is complex and without a consensual definition (Simões & Sapeta, 2019), as we can see through the great diversity of opinions attributed to the concept of dignity, corroborated also by the studies by Papastavrou, Efstathiou and Andreou (2014) and Simões e Sapeta (2019).

When the participants were asked about what it meant to respect the dignity of the person being cared for, the category that had the greatest expression was respect, similar results were obtained in a study with nursing students in which respect and autonomy were identified (Henriques, Melo, Pinto & Silva, 2019) as the essential elements to respect dignity.

Within the category of respect, respecting the other as a person was mentioned by several participants, meeting the results obtained by Walsh & Kowanko (2002). The importance of considering the values and beliefs of the person being cared for was also identified in the study by Edvardsson, Fetherstonhaugh and Nay (2010) carried out with caregivers of elderly people with dementia.

The participants in our study, like the study by Cunha et al (2012), reinforced that caregivers have an essential role in promoting the autonomy of the person being cared for, ensuring their right to self-determination, a decisive element in respecting their dignity.

For the participants, person-centered care is crucial to respect for dignity, being closely related to personalization of care (Morgado, 2018) and attention to maintaining the integrity of the person being cared for (Hofmann, 2002).

Since dignity is a priority in care, caregivers must be attentive to communication (Walsh & Kowanko, 2002) and the commitment to caring with empathy (Kagan, 2015).

The present study allowed to improve the knowledge about the meaning that nursing students attribute to the concept of dignity and the perception they have about the fundamental aspects in the respect for the dignity of the person being cared for.

Analyzing the data obtained, we understand the need to continue the study, in the search for a better understanding and operationalization of the concept of dignity in the practice of care.

We declare that the present study has no conflicts of interest of any kind.

(Keywords: dignity; nursing students; meaning).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal

Cunha, J., Oliveira, J., Nery, V., Sena, E., Boery, R., & Yarid, S. (2012). Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Saúde em Debate* [online] Rio de Janeiro, v. 36, n. 95 out./dez, 657-664. Consultado em 10 abril 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400018>

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: Person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 19:2611–2618 doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x.

Henriques, L., Melo, R., Pinto, I., & Silva, H. (2019). Dignity: Nursing Student’s Conception. In 15ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem, Programa e Resumos – eBook 2019 (p.55). Lisboa, Portugal.

Hofmann, B. (2002). Respect for patients’ dignity in primary health care; a critical appraisal. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 20, 88–91.

Kagan, S. (2015). Dignity, evidence, and empathy. *Geriatric Nursing* 36, 394-396

Morgado, A.C.F.O. (2018). *Promoção da dignidade humana em fim de vida – intervenção do enfermeiro especialista*. Dissertação

com visto à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Walsh, K., Kowanko, I. (2002). Nurses and patients perceptions of dignity. *Journal of Advanced Nursing* 8, 143–155.

Mesa de Comunicaciones 17: Práctica Clínica

Concurrent Session 17: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

María del Mar Marín García, María Patricia Palacio Gaviria, César Leal Costa

TÍTULO/TITLE:

Consulta enfermería riesgo incrementado cáncer de mama, comunicación y calidad percibidas

1. OBJETIVOS

- General: Evaluar la percepción de las mujeres que consultan por sospecha de riesgo incrementado de cáncer de mama en la Unidad de Mama del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca respecto a la calidad hospitalaria percibida y las habilidades comunicativas de la enfermera.

- Específicos:

Valorar la calidad de la asistencia hospitalaria percibida de las mujeres.

Evaluar las habilidades comunicativas de la enfermera de la consulta.

Analizar la relación entre la calidad hospitalaria percibida y las habilidades comunicativas evaluadas.

2. MÉTODO

Diseño.

Estudio unicéntrico descriptivo transversal realizado de enero a mayo de 2020.

Participantes.

La población se integró por mujeres que acudieron a la consulta de riesgo incrementado de cáncer de mama durante 2019, de las que se obtuvo por muestro por conveniencia una muestra representativa de 53 mujeres. Los criterios de inclusión para formar parte del estudio fueron: 1) ser mayor de edad, 2) haber asistido a consulta de RI de CM en el año 2019 y/o 2020 y 3) firmar el consentimiento informado. Como criterios de exclusión para el estudio hemos empleado los siguientes: 1) mujeres que no sepan leer y escribir, 2) mujeres que no tengan correo electrónico y 3) mujeres que por cualquier incapacidad no puedan cumplimentar ambos instrumentos.

Instrumentos de medida.

Se utilizó el instrumento HCCQ para evaluar las habilidades comunicativas de la enfermera en su versión adaptada al español. Se trata de un cuestionario autoadministrado por medio de una escala de respuesta tipo Likert con valores de 1 a 5 en el que se evaluaban características incluidas en las dimensiones Resolución de problemas, Respeto, Comunicación no verbal y Ausencia de hostilidad. El instrumento está compuesto tanto por ítems redactados en sentido positivo, es decir, a mayor puntuación en la evaluación mayor es el grado de habilidad comunicativa del profesional como por ítems redactados en sentido inverso, es decir, a menor puntuación en la evaluación, mayor es el grado de habilidad comunicativa percibida.

Así mismo, también se utilizó el instrumento SERVQHOS para evaluar la percepción de la calidad hospitalaria, en el que se evaluaban características incluidas en las dimensiones Calidad Subjetiva y Calidad Objetiva. El objetivo que se persigue con este instrumento es medir la calidad percibida por el encuestado, es decir, si el cliente se encuentra satisfecho o insatisfecho, así como identificar oportunidades de mejora. En su versión validada se trata de un cuestionario autoadministrado por medio de una escala de respuesta tipo Likert con valores de 1 a 5. Los ítems que conforman el instrumento están redactados de forma que a mayor puntuación reflejada en los ítems, mayor es el grado de satisfacción del cliente.

Procedimiento.

La recogida de datos se realizó entre el 11 de marzo y el 03 de abril de 2020. Se diseñó un formulario online con las variables y los instrumentos de medida para la recogida de los datos, permitiendo el anonimato de la mujer.

Análisis de datos.

Se realizó estadística descriptiva en la que se calcularon frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas y la media y desviación típica de las variables cuantitativas, correlaciones bivariadas de Pearson y análisis de fiabilidad. Se utilizó SPSS® v. 25.

Aspectos éticos.

Se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de las participantes según la legislación actual de protección de datos. El presente estudio no presenta conflicto de intereses.

3. RESULTADOS

La edad promedio de la muestra fue de 43.74 años (DE=8.35). Las dimensiones que conforman ambos instrumentos fueron evaluadas por encima de la media. Las dimensiones que obtuvieron la mayor puntuación media fueron Calidad Subjetiva con una media de 37.58 (MAX=50, MIN=24, DE=8.01) y Resolución de problemas con una media de 14.42 (MAX=20, MIN=9, DE=3.13). Mediante el análisis de correlaciones bivariadas, se obtuvieron correlaciones entre las dimensiones del instrumento HCCQ (Resolución de problemas, Respeto y Comunicación no verbal) y las dimensiones del instrumento SERVQHOS (Calidad Subjetiva y Calidad Objetiva) con $p < 0.05$. En el análisis de fiabilidad se obtuvo $\alpha = 0.94$ para HCCQ y $\alpha = 0.96$ para SERVQHOS.

4. DISCUSIÓN

En relación a la calidad hospitalaria percibida se han encontrado tres aspectos claves de mejora: comodidad de la sala de espera, señalización intrahospitalaria y tiempo de espera. Por otro lado, el trato humano percibido por las mujeres ha sido más que satisfactorio, en el que se encuentran la amabilidad y la confianza. La dimensión relacionada con la Calidad Subjetiva, a la que pertenecen la amabilidad y confianza del personal, ha sido fácilmente enlazada con las habilidades comunicativas percibidas por las mujeres, ya que se ha obtenido una elevada correlación entre las variables relacionadas con la dimensión Calidad Subjetiva y entre las variables de las dimensiones Comunicación no verbal y Resolución de problemas. Estos resultados están en consonancia con otro estudio realizado por Orcajada Muñoz y cols. donde hubo una relación entre la calidad percibida y las habilidades de comunicación en un Servicio de Urgencias Hospitalarias.

La experiencia vivida influye en la valoración acerca de la atención recibida por ello es importante establecer medidas concretas de mejora que contribuyan a la mejor percepción de la práctica clínica de la enfermera.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Leal Costa C, Gómez Sánchez R, Tirado González S, Rodríguez Marín J, van-der Hofstadt Román CJ. Psychometric Properties of the Spanish Adaptation of the Health Care Communication Questionnaire (HCCQ). *Span J Psychol.* 2015;18:E96. DOI: 10.1017/sjp.2015.90
2. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Med Prev.* 1998;4:12-8. Disponible en: http://calite-revista.umh.es/indep/web/art_servqhoss.pdf
3. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, Gracia J, et al. Aplicación hospitalaria del Servqhoss: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Calid Asist.* 2003;18(5):263-7. DOI: 10.1016/S1134-282X(03)77619-2
4. Orcajada Muñoz I, Amo Setien FJ, Díaz Agea JL, Hernández Ruipérez T, Adánez Martínez MG, Leal Costa C. The communication skills and quality perceived in an emergency department: The patient's perspective. *Int J Nurs Pract.* 2020;e12831. DOI: 10.1111/ijn.12831
5. Lunsford NB, Sapsis KF, Smither B, Reynolds J, Wilburn B, Fairley T. Young Women's Perceptions Regarding Communication with Healthcare Providers About Breast Cancer, Risk, and Prevention. *J Womens Health.* 2018;27(2):162-70. DOI: 10.1089/jwh.2016.6140
6. Braña-Marcos B, Carrera-Martínez D, De la Villa-Santoveña M, Avanzas-Fernández S, Gracia-Corbato M, Vegas-Pardavila E. Factores sociodemográficos y satisfacción con la atención recibida en mujeres con cáncer de mama. Estudio multicéntrico. *Rev Calid*

Asist. 2012;27(1):30-7. DOI: 10.1016/j.cali.2011.07.005

7. Hernández-García I, González-Torga A, Villanueva-Ruiz C, García-Shimizu P, Martín-Ruiz AC, Arnau-Santos M. Satisfacción de los pacientes atendidos en una consulta externa de medicina preventiva. Rev Calid Asist. 2010;25(2):83-9. DOI: 10.1016/j.cali.2009.10.003

8. Arraras JI, Wintner LM, Sztankay M, Tomaszewski K, Hofmeister D, Costantini A, et al. La comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales. El cuestionario de comunicación de la EORTC. Psicooncología. 2017;14(1):107-20. DOI: 10.5209/PSIC.55815

AUTORES/AUTHORS:

PAULA SAN MARTÍN GONZÁLEZ, CRISTINA RIVERA PICÓN, ANA GARCÍA CADIerno

TÍTULO/TITLE:

Aproximación y conocimientos sobre la vacuna del Virus del Papiloma Human o (VPH) en una muestra de universitarios.

OBJETIVOS:

Evaluar el nivel de conocimientos sobre el VPH y su vacuna en una muestra de universitarios.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio observacional descriptivo y analítico de corte transversal. La muestra, seleccionada por un muestreo no probabilístico, cuenta con 194 sujetos, 103 estudiantes del grado de enfermería y 91 estudiantes del grado de psicología que cumplían los criterios de inclusión, los cuales fueron ser estudiante universitario de la Universidad Pontificia de Salamanca, así como aceptar de forma voluntaria participar en el estudio, una vez leída y comprendida la información del mismo y el carácter anónimo, voluntario y confidencial de los datos recogidos.

Se desarrolló como instrumento de recogida de datos, un cuestionario de elaboración propia, formado por variables sociodemográficas, así como, relacionadas con el VPH y con su vacuna. El tiempo necesario para cumplimentar el mismo fue de aproximadamente 15 minutos.

Respecto al método de análisis estadístico utilizado, destacar que las respuestas obtenidas de los participantes que conforman la muestra, se analizaron mediante el programa estadístico SPSS, versión 24.

Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizó la media, desviación estándar, rango, mínimo y máximo. Además, en el análisis de comparación de medias de las variables cuantitativas se utilizó la prueba de t de Student=0,005.

Las variables cualitativas se calcularon mediante frecuencias y porcentajes y para relacionar los datos obtenidos en ambas carreras, se realizaron tablas de contingencia. Por otra parte, se utilizó la prueba chi cuadrado para comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los conocimientos de los sujetos de ambas carreras y, en el caso de que la muestra a estudio fuera demasiado pequeña, se realizaron tablas de contingencia de 2x2, mediante el test exacto de Fisher.

RESULTADOS**- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Cabe destacar que la muestra reclutada para el estudio fue de 194 personas. La edad media fue de 21 años, con una desviación típica de 2,97 años, siendo la edad media en la carrera de enfermería los 20 años y en psicología casi los 22 años y la t de Student=0,005. Las edades de los participantes estaban comprendidas entre los 18 y los 42 años. El mayor porcentaje de sujetos estaba representado por mujeres, 152 (78,4%) y de estas, 83 (80,6%) estudiaban enfermería y 69 (75,8%) estudiaban psicología.

Un total de 42 (21,6%) hombres participaron en el estudio, 20 (19,4%) estudiantes de enfermería y 22 (24,2%) de psicología.

Por otra parte, la mayoría de los participantes de la muestra eran alumnos de enfermería, siendo 53 (51,5%) estudiantes de tercer curso y 50 (48,5%) estudiantes de primero. Además, participaron 58 (63,7%) alumnos de psicología de cuarto curso y 33 (36,3%) alumnos de primero.

- DATOS RELACIONADOS CON EL VPH

Respecto a las variables relacionadas con el VPH, destacar que la mayoría de los estudiantes habían escuchado hablar del VPH (92,8%) y realizando un análisis más específico, 101 estudiantes del grado de enfermería (98,1%) habían oído hablar del VPH, frente a un 1,9% que no sabía o no contestaba a esta pregunta. Respecto a la carrera de psicología, un 86,8% había oído hablar del VPH, frente a un 9,9% de personas que no y un 3,3% que no sabían o no contestaban a esta pregunta. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en ambas carreras ($p=0,004$).

Por otra parte, la mayoría de los hombres (83,3%) y de las mujeres (95,4%) participantes en el estudio sí había oído hablar del VPH.

- DATOS RELACIONADOS CON ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Respecto a las variables que hacen referencia a los conocimientos de la vacuna del VPH, destacar que, en primer lugar, se llevó a cabo un análisis seleccionando los casos de mujeres participantes (152), de ellas, 107 (70,4%) indicaron que sí se habían vacunado, un 69,9% de las estudiantes de enfermería y un 71% de las estudiantes de psicología. Por otra parte, un 19,7% del total de la muestra contestaron que no se habían vacunado, siendo un 20,5% de las estudiantes de enfermería y un 18,8% de las de psicología.

Respecto al nombre de la vacuna recibida, las mujeres vacunadas indicaban de forma mayoritaria que no lo recuerda (72,9%) o que no se lo dijeron (22,4%), siendo estas opciones las más señaladas por las alumnas de ambos grados. Además, la mayoría (84,1%) no conocían contra cuántos subtipos protege la vacuna.

Por otra parte, las 45 mujeres que indicaron que no se habían vacunado o que no sabían si lo habían hecho, dan como motivo principal la falta de conocimiento sobre la existencia de la vacuna 31,1%, seguido de un 17,8% que indica que no les parece útil o un 15,6% que no sabría dónde ir. De estas mujeres no vacunadas, un 44,4% indican que sí se vacunarían, seguidas de un 28,9% que indican que no lo harían y un 26,7% que no saben o no contestan esta cuestión. En esta variable, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambas carreras ($p=0,04$).

Respecto a la vacunación en el hombre, un 43% indica que sí sería conveniente su vacunación ya que también pueden transmitir la enfermedad, seguido de un 18,8% que indica que sí ya que también pueden sufrir lesiones/enfermedades por la infección del VPH, siendo compartidas estas opciones por ambas carreras, aunque, la mayoría de los alumnos de psicología (47,1%) no saben o no contestan esta pregunta.

Respecto a si es necesario que las mujeres que se hayan vacunado sigan realizándose controles a través de citologías, de las 152 mujeres encuestadas, 114 (75%) indican que sí, frente a 5 (3,3%) que indican que no, siendo 4 estudiantes de enfermería y 1 estudiante de psicología. El resto (21,7%) no sabe o no contesta a esta pregunta.

Para el total de los participantes (N=194), el principal medio de información sobre la vacuna para los estudiantes de ambos grados ha sido el colegio, instituto, universidad (67,4%), seguido de los profesionales sanitarios (56,4%) y de los medios audiovisuales (38,1%) y a la mayoría (78,4%) les gustaría recibir más información sobre ella, siendo esta opción la indicada por un 77,7% de los alumnos de enfermería y un 79,1% de los alumnos de psicología.

En relación a la utilidad de la vacuna, del total de la muestra, la mayoría indica que es la prevención de infección por VPH (86,8%), seguido de la prevención del cáncer de cérvix (70,3%) o las verrugas genitales (30,2%). Un 21,4% consideran que la vacuna frente al VPH sirve para disminuir las infecciones urinarias, siendo esta opción indicada por un 24,3% de los estudiantes de enfermería y un estudiante de psicología indica que sirve para no tener que realizar citologías.

Al valorar el nivel de conocimientos de esta variable, encontramos que la mayoría de los participantes tiene un conocimiento medio (43,8%) seguido de un grupo con conocimientos bajos (28,9%) y sólo un 19,1% poseen altos conocimientos.

Además, los estudiantes de enfermería poseen un conocimiento medio (52,4%) del uso de la vacuna y un 22,3% se sitúa tanto en un conocimiento bajo como en un conocimiento alto. Por otra parte, los estudiantes de psicología poseen un conocimiento bajo (36,3%) seguidos de un 34,1% que se sitúan en un nivel de conocimientos medio. Encontramos un mayor nivel de conocimiento significativo sobre la utilidad de la vacuna en los alumnos de enfermería que en los de psicología ($p=0,001$).

En relación al sexo, la mayoría tienen un conocimiento medio, un 42,9% de los hombres y un 44,1% de las mujeres, seguido de un 31% de los hombres y un 28,3% de las mujeres que tienen un conocimiento bajo.

DISCUSIÓN:

En nuestra serie, la mayoría de los sujetos habían escuchado hablar del VPH, no obstante, todavía existe un amplio porcentaje que no han escuchado hablar de ello, siendo esto compartido de igual modo por otros autores en otros estudios. 1,2

En relación a la vacunación frente al VPH, esta fue reconocida por un porcentaje similar de alumnas de enfermería y de psicología y existiendo a la par, un gran porcentaje de alumnas que no se han vacunado o que no lo saben.

La cobertura de vacunación en Castilla y León en el curso 2017-2018 fue de un 96,07%, se debe de tener en cuenta a la hora de analizar estos datos que los alumnos provienen de comunidades autónomas diferentes y que sus edades también lo son por lo que los porcentajes de vacunación de nuestro estudio pueden ser inferiores por estas razones.3

Por otra parte, los conocimientos sobre características relacionadas con la vacuna fueron mínimos, como reflejan los datos de otro estudio publicado previamente, en el que un 61% de los participantes no tenían conocimientos sobre el nombre de la vacuna administrada y sobre los serotipos que cubría. 4

Por otra parte, existen algunos estudios 2,5,6 donde se han detectado bajos niveles de conocimiento respecto a la utilidad y protección que ofrece la vacuna y la creencia incluso de que con la administración de esta medida se evitarían realizar citologías vaginales en el futuro.

En general, el conocimiento de la utilidad de la vacuna del VPH es medio (43,8%), siendo estos datos similares en hombres y en mujeres y en alumnos de enfermería y de psicología. Otros estudios, obtuvieron resultados acordes a los nuestros. 4

En primer lugar, señalar y destacar que el presente estudio no posee ningún tipo de intereses y que nuestros resultados deben de ser interpretados con precaución debido a que existen diferencias entre ambos grupos en ciertas variables como la edad o el curso en el que se encuentran, siendo esto una limitación.

Por ello, el estudio llevado a cabo ha de ser un tema de futuras investigaciones, analizando la relación entre actitudes de los jóvenes frente al VPH, conocimientos que presentan y acciones de riesgo que llevan a cabo, valorando así necesidades reales de implantación de medidas de educación sanitaria respecto al VPH y su vacuna. Sin embargo, se trata de una primera aproximación que pone de manifiesto cierto desconocimiento sobre el VPH y su vacuna, así como los deseos de tener más información al respecto dentro de la comunidad universitaria.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen una de las patologías más comunes en el mundo y en los países desarrollados, se encuentran entre las cinco de mayor importancia ⁷, siendo uno de los principales problemas de las ITS que la mayoría de los portadores desconocen su existencia, por lo que una gran parte no se diagnostica.⁸

En la actualidad, se ha demostrado que una de las mayores ITS es la producida por el VPH ³ y que el desarrollo de este virus es causa de todos los cánceres de cuello uterino^{3,9} siendo esta neoplasia la cuarta más frecuente en las mujeres en el mundo y constituyendo de este modo un grave problema de salud pública.⁹

A modo de reflexión, el que nuestros jóvenes tengan pocos conocimientos sobre una de las ITS más importantes como es el VPH, varias parejas sexuales y demás conductas de exposición de riesgo de embarazo no deseado o de infección, nos hace reflexionar seriamente sobre la necesidad de reforzar la educación sexual que estamos impartiendo, incidiendo en mayor medida en la prevención de ITS y los métodos de protección de las mismas.

Actualmente, los datos sobre prevalencia e incidencia de esta infección han disminuido y a la par lo ha hecho el principal tipo de cáncer que provoca, el cáncer de cérvix, siendo factores importantes de esta disminución las pruebas de cribado y la puesta en marcha de campañas de vacunación. ¹⁰

Un paso previo para desarrollar estrategias preventivas y de promoción de la salud entre la población joven es conocer a fondo su nivel de conocimientos y comportamientos sexuales y anticonceptivos. Para seguir en esta línea se debe fomentar la prevención primaria y secundaria y dotar de formación e información a los jóvenes, principales afectados de esta infección.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Teva I, Bermúdez M, Buéla-Casal G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes: España, 2007. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2009; 83(2):309-20. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000200013&script=sci_arttext
2. Caballero Pérez P, Tuells Hernández J, Rementería J, Nolasco Bonmatí A, Navarro-López V, Arístegui J, et al. Aceptabilidad de la vacuna contra el VPH en estudiantes universitarios españoles durante la etapa pre-vacunal: un estudio transversal. 2015.
3. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León (Contenido: Revisión del Programa de Vacunación frente a Virus del Papiloma

Humano en España. 2017-2018.) [Internet].

4. Sánchez JH, Zurita GM. Conocimiento en estudiantes del área de salud sobre el uso de la vacuna del virus del Papiloma Humano; 2009.
5. Bosch FX, Broker TR, Forman D, Moscicki A-B, Gillison ML, Doorbar J, et al. Comprehensive control of human papillomavirus infections and related diseases. *Vaccine* [Internet]. 2013; 31:H1-31. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X13013467>
6. Hendry M, Lewis R, Clements A, Damery S, Wilkinson C. «HPV? Never heard of it!»: A systematic review of girls' and parents' information needs, views and preferences about human papillomavirus vaccination. *Vaccine* [Internet]. 2013; 31(45):5152 Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X13012036>
7. Henderson L, Clements A, Damery S, Wilkinson C, Austoker J, Wilson S. 'A false sense of security'? Understanding the role of the HPV vaccine on future cervical screening behaviour: a qualitative study of UK parents and girls of vaccination age. *J Med Screen* [Internet]. 2011;18(1):41-5.
8. Ortunio Calabres MS, Guevara Rivas H, Herrera Leonett E, Jiménez Rojas K, Cardozo Castellano R, Sánchez Pilimur K. Conocimiento sobre el Virus del Papiloma Humano en estudiantes de enfermería. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2009; 69(3):179-85.
9. Heymann D, Thuriax M. El control de enfermedades transmisibles. 17a edición. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
10. Casado Buesa MI, García Hernández L, González Enríquez J, Imaz Iglesia I, Rubio González B, Zegarra Salas P. Evaluación económica de la introducción de la vacuna contra el VPH en España para la prevención del cáncer de cuello uterino. IPE; 2012.

AUTORES/AUTHORS:

Alba Maestro González, Marta Sánchez Zaballos, David Zuazua Rico

TÍTULO/TITLE:

Incidencia de Neumoconiosis en el Servicio de Neumología Ocupacional del Instituto Nacional de Silicosis

Neumoconiosis es un término genérico que se aplica al conjunto de enfermedades crónicas causadas por el depósito de polvo de distintos minerales en los pulmones y las distintas reacciones tisulares que se producen por su presencia. Forman parte de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) de causa conocida, que son ocasionadas por la inhalación de aerosoles compuestos por partículas inorgánicas. Además, son patologías que, en su mayoría, están relacionadas con la exposición laboral. Es por este motivo necesario evidenciar una relación causal de la enfermedad y dicha actividad, siendo característico un tiempo de latencia prolongado entre la exposición al nombrado polvo inorgánico y el diagnóstico o inicio de la sintomatología.

Esta acumulación de polvo en el pulmón provoca una reacción patológica que puede adoptar la forma de fibrosis, debido a la liberación de unas sustancias que se activan al interaccionar el macrófago alveolar con el patógeno¹. Al inhalar dicho polvo inorgánico produce diferentes entidades patológicas, donde todas se refieren a neumoconiosis en general y que, según la sustancia causante, se denominan y comportan de un modo característico. Las sustancias implicadas en dichas entidades patológicas son carbón, caolín, talco, pizarra, hierro, granito y berilio principalmente.

La silicosis es la patología más frecuente, y se define como una enfermedad pulmonar intersticial difusa producida por inhalación mantenida de sílice cristalina o dióxido de silicio. El polvo de sílice se puede encontrar de forma cristalina, microcristalina o amorfa. El cuarzo es la forma cristalina más abundante, alcanzando el 100% en la piedra arenisca, 40% en la pizarra y 30% en el granito. Inicialmente, esta enfermedad estaba presente exclusivamente en mineros del carbón que trabajaban en determinadas áreas geográficas. Sin embargo, hoy en día podemos apreciar su ampliación a otros pequeños sectores repartidos por todo el país, como es el caso de los trabajadores en las canteras de pizarra o protésicos dentales.

Las estadísticas del Instituto Nacional de Silicosis (INS) muestran un crecimiento anual de los casos de enfermedad inversamente proporcional al número de neumoconiosis en trabajadores del carbón, lo cual es un reflejo de los cambios en los sectores industriales del país. Estudios realizados en diferentes sectores industriales, como las canteras de granito, ponen de manifiesto una prevalencia de neumoconiosis elevada en un artículo publicado en 2008, alcanzando casi un 18% entre los trabajadores en activo².

A día de hoy, se desconoce la prevalencia y la incidencia real de este grupo de enfermedades al no hallarse cifras fiables sobre población expuesta⁵. Aun así, se han realizado ciertas estimaciones a lo largo de los años. La base de datos CAREX en el año 2000, cifraba en 3,2 millones las personas expuestas a sílice en la Unión Europea, y en España, en 2004, había 1,2 millones de trabajadores expuestos, especialmente en el sector de la construcción. Estudios desarrollados en España mostraron prevalencias variables según el sector y Comunidad Autónoma: 47,5% en canteras de granito de El Escorial (1990); 2,6% en minería subterránea de espato-flúor de Asturias (1993); 3,6% en la industria de la pizarra en Galicia (1994) y 6% en explotaciones de granito en Extremadura, . En los años comprendidos entre 2003 y 2012, se publicó la incidencia anual de silicosis en el INS, obteniéndose una media de unos 207 casos anuales².

Por todo lo expuesto anteriormente, las neumoconiosis siguen siendo un problema de salud que se encuentra presente y activo a pesar de ser patologías poco conocidas en determinadas áreas geográficas y suponer un impacto y un gasto para la Seguridad Social considerable, .

Objetivos

- Conocer las características sociodemográficas, laborales y sanitarias de las personas que acudieron a consulta al Instituto Nacional

de Silicosis en el año 2018.

- Conocer la incidencia de neumoconiosis en el año 2018 en el Instituto Nacional de Silicosis.
- Conocer las características sociodemográficas, laborales y sanitarias de las personas diagnosticadas de neumoconiosis en 2018.

Material y métodos

Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

Población, lugar y tiempo de estudio

Se incluyeron a todas las personas valoradas en el servicio de Neumología Preventiva del Instituto Nacional de Silicosis durante el año 2018, ubicado en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), y que a fecha de 28 de febrero de 2019 tenían un diagnóstico clínico derivado de dicha consulta.

Instrumento

Se elaboró un documento de recogida de datos que incluía por una parte variables sociodemográficas y laborales de la persona y por otra, variables referentes a la atención sanitaria realizada. Para ello, obtuvimos permisos por parte del director del Instituto Nacional de Silicosis y del Comité de ética del Principado de Asturias.

Variables a estudio

1. Sexo
2. Edad
3. Comunidad Autónoma de pertenencia
4. Industria de riesgo
5. Años de exposición
6. Situación laboral
7. Hábito tabáquico
8. Consumo acumulado: en paquetes-año (P/A).
9. Diagnóstico de entrada
10. Signos y síntomas
11. Diagnóstico final

Procedimiento

Una vez concedidos los permisos necesarios para comenzar el estudio, se informó al personal del INS, y se inició finalmente la recogida de información tras el diseño del documento de recogida de datos descrita en el apartado de instrumento. Los datos de la investigación fueron facilitados anonimizando la información personal de los usuarios.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó a través del programa estadístico SPSS 22.0 para Windows PC y R. Las variables cuantitativas se describieron a través de la media aritmética, desviación estándar y el rango. Las variables cualitativas se expresaron a través de una tabla de frecuencias y/o porcentajes.

Resultados

Se realizó un estudio sobre 1649 casos, de ellos se estudiaron 12 informes postmortem.

Se atendieron a 130 mujeres (7,9%) y 1519 hombres (91,1%). La media etaria de la población fue de 55,96 años, con una desviación típica de 12,52 años con una (DE 12 años).

En cuanto a la Comunidad Autónoma de pertenencia, de 1645 casos válidos destacaron Galicia con un 39,27% de los casos, Castilla y León con 29,67% y Asturias con 22,98%.

La industria de riesgo mayoritaria fueron las canteras de pizarra y minerías del carbón. Tras estas, las industrias más frecuentes

fueron las canteras de granito, marmolería y chorros de arena.

La exposición media al agente causal fue de 24,07 años (DE 8 años). El 35,79% (568 personas) se encontraba en activo y el 31,19% (495) jubilado.

En cuanto al hábito tabáquico, el 23,12% de los pacientes que acudieron a consulta, eran fumadores activos (368 personas), el 30,90% (492) nunca fumaron y el 45,98% (732) eran fumadores inactivos. De aquellas personas fumadoras o que fueron fumadoras en el pasado, el índice medio de paquetes/año fue de 23,19, con una desviación típica de 17,51 paquetes/año (DE 17,51 P/A). Por otra parte, de los trabajadores que acudieron a consulta, 349 personas (21,24%) ya estaban diagnosticadas de enfermedad pulmonar frente a 1294 (78,76%) que no lo estaban.

Una vez en la consulta, los síntomas más frecuentes fueron disnea, tos y dolor torácico. El 63,85% de los pacientes presentaban disnea, el 36,69% tos y en menor porcentaje dolor torácico, en un 21,83%.

De las 1649 personas estudiadas durante el año 2018, 349 personas ya poseían diagnóstico de enfermedad pulmonar y 270 fueron nuevos diagnósticos.

De estos 270 nuevos casos, se diagnosticó a 182 personas neumoconiosis simple (67,4%), a 44 neumoconiosis complicada FMP (A) (16,3%), a 38 neumoconiosis complicada FMP (B) (14,1%) y a 2 neumoconiosis complicada (C) (0,7%). En el caso de fibrosis intersticial difusa fueron 4 los casos diagnosticados.

Es decir, de 1300 personas que acudieron sin diagnóstico de enfermedad pulmonar previo a la consulta, se les diagnosticó a 293 personas, de las cuales eran enfermedades relacionadas con la inhalación de partículas inorgánicas (Neumoconiosis + EPID) 270 personas.

La tasa de incidencia fue de 207,69 personas por cada 1000 trabajadores que acudieron al INS. Además, a partir de estos datos también obtuvimos la tasa de prevalencia que fue de 375,3 personas por cada 1000 trabajadores atendidos en el INS.

Estudio descriptivo de los nuevos casos de neumoconiosis

De las 270 personas diagnosticadas por primera vez de neumoconiosis o EPID que acudieron a consulta del INS en 2018, 256 fueron hombres (94,8%) y 14 mujeres (5,2%), con una edad media de 55 años (DE 11 años).

La industria de riesgo con mayor número de casos de neumoconiosis de nuevo diagnóstico fue la cantera de pizarra conformando el 52,6% del total de industrias. Le siguió la Minería del carbón (21,9%), la Cantera de granito (11,5%) y la Marmolería (8,1%).

La media de tiempo de exposición al agente causal fue de 26 años (DE 8 años) y el 34,1% se encontraban en activo en el momento del diagnóstico, tal y como se muestra en la tabla 6.

Del total de 270 nuevos casos diagnosticados, se comprobó que el menor porcentaje se encontró en el grupo de fumadores activos, siendo 67 personas (24,8%). Sin embargo, la mayoría de las personas eran exfumadoras, siendo 124 (45,9%). La media de consumo acumulado fue de 22,1 P/A (DE 14,09 P/A).

Se realizó registro de los síntomas en 261 personas de los cuales 64 refirieron estar asintomáticos y 197 con síntomas. 175 personas refirieron disnea (88,8%), 102 tos (51,8%), 59 dolor torácico (29,9%), 11 síndrome general (5,6%) y 2 crepitantes (1%).

Discusión

Con este estudio hemos podido comprobar que la neumoconiosis es una enfermedad en auge, pues su incidencia está en aumento y los enfermos proceden de industrias diferentes a la minería del carbón, como son aquellos que trabajan con materiales como el granito, pizarra o conglomerados artificiales de sílice, tal y como se hace mención en estudios referentes al año 20087, donde además coinciden en orden de frecuencia los mismos sectores, a pesar de haber transcurrido 10 años entre ambos.

Este cambio del perfil del trabajador expuesto a inhalación de polvo inorgánico, probablemente sea debido al aumento de la producción española de granito y pizarra empleados en la construcción, además del empleo novedoso de materiales compuestos formados de sílice cristalina como son los conglomerados de sílice y el cuarzo natural en los años 907.

En relación con la incidencia en España recogida en el INS, se hallaron datos publicados en los años comprendidos entre 2003 y

20127. Se obtuvo una media de unos 207 nuevos casos de silicosis al año. En 2003 se registraron 375 nuevos casos de neumoconiosis. En el año 2004 hubo 264 casos, en 2005 fueron 224 casos y en los años comprendidos entre 2006 y 2010 disminuyó la incidencia incluso llegando a 115 casos en 2007, para volver a aumentar en 2010 y 2011 con 220 y 256 casos respectivamente. En 2012 hubo un nuevo descenso siendo 166 los casos registrados y en 2014 fueron 189. En 2018 se constataron 270 nuevos casos de neumoconiosis, superando cualquier otra incidencia en el INS en los últimos años. Son datos bastante fluctuantes de año en año, aun así, continúan siendo cifras elevadas que nos indican que continúa siendo un problema activo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Lorenzo Dus MJ, Cases Viedma E. Neumoconiosis. *Medicine*. 2010; 10 (64): 4415-22.
- Martínez González C, Mosquera Pestaña JA. Silicosis y neumoconiosis de los mineros del carbón. *Manual de neumología ocupacional*. Oviedo: Ergon; 2007. p. 197-214.
- Gil Fernández M. Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral- ISSGA. Silicosis. Observatorio Galego de condicións de traballo; 2017. Disponible en:http://issga.xunta.gal/export/sites/default/recursos/descargas/observatorio/estudios/Silicosis_CAST.pdf
- Plaza C, Álvarez Sala Walther R, Villamañán E, Herrero A. Neumoconiosis. *Medicine*. 2018; 12 (67):3929-35.
- Ramírez AV. Silicosis. *An Fac Med*. 2013; 74 (1): 49-56
- Escribano Dueñas AM, Vaquero Barrios JM. *Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología*. 3º ed. Madrid: Neumosur; 2016.
- Fernández-Álvarez R, Martínez-González C, Quero Martínez A, Blanco-Pérez JJ, Carazo-Fernández L, Prieto-Fernández A. Normativa para el diagnóstico y el seguimiento de la silicosis. *Arch bronconeumol*. 2015; 51 (2): 86-93.
- Kahraman H, Koksal N, Cinkara M, Ozkan F, Sucakli MH, Ekerbicer H. Pneumoconiosis in dental technicians: HRCT and pulmonary function findings. *Occup Med (Lond)*. 2014; 64(6):442-7.
- Martínez González C, Rego Fernández G. Enfermedades respiratorias de origen ocupacional. *Arch bronconeumol*; 2000; 36 (11): 631-44.
- Ubeda Martínez E, Sibon Galindo JM, Valle Martín M, Muñoz Mateos F. The epidemiology of silicosis in the El Escorial región. *Rev Clin Esp*. 1990; 187:275-9.
- Kogevinas M, van der Haar R, Fernández F, Kauppinen T. Carex-Esp. Sistema de información sobre exposición ocupacional a cancerígenos en España en el año. Barcelona: Instituto Municipal de Investigación Médica. Barcelona; 2006. Disponible en:<http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace>
- González Bazús T, Ferreiro Álvarez MJ, Diego González EG, Méndez Laza A, Muñoz Martínez JA, Sánchez Folgueras MA et al. Enfermedad tuberculosa en la minería asturiana. Trienio 1975-1977 incidencia, distribución geográfica, fuente de contagio y medidas terapéuticas. *Arch Bronconeumol*. 1979; 15(3): 99-104.
- Lo AI, Huang Y, Lam SY, Cheung AH, Au R, Leung CC, Lam WK, Ip MS, Chan-Yeung M, Lam B. Early detection of central airway lung cancer in smokers with silicosis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011; 15(4): 523-7.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Rey-Reñones, Felipe Villalobos-Martinez, Albert del Pozo Niubó, Ester Granado Font, David Sabate Lisner, Carme Poblet Calaf, Gemma Flores Mateo, Josep Basora Gallisà, Francisco Martín Luján

TÍTULO/TITLE:

Formación en reanimación cardiopulmonar y uso del desfibrilador externo automatizado en población del ámbito rural

La muerte súbita por paro cardiopulmonar (CP) tiene una mortalidad elevada y la mayoría de casos tienen lugar en el ámbito no hospitalario (1). La supervivencia está directamente relacionada con el tiempo entre el paro CP y el inicio de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) así como la calidad de estas. Las últimas recomendaciones apuestan por que los operadores telefónicos que reciben el aviso animen a los alertantes a iniciar las maniobras de RCP mientras llegan los servicios de emergencias. En Europa, el porcentaje de población que realiza maniobras de RCP oscila entre el 20–70%, situando a España en el penúltimo lugar (2).

El proyecto Smartwatch (PSm) es una intervención educativa que evalúa la efectividad de una formación estandarizada siguiendo la normativa Europea Resucitación Cardiopulmonar (RCP) y uso de desfibrilador externo automatizado (DEA) en una red de voluntarios de población general. Financiado por el Departament de Salut (PERIS 2016/20), su protocolo fue publicado y registrado en el ClinicalTrials (NCT03828305) (3).

OBJETIVO:

Evaluar la efectividad de una intervención formativa en RCP y uso del DEA en población general del ámbito rural.

MÉTODO:

Estudio experimental de intervención en educación sanitaria en centros de atención primaria rurales, continuación de un ensayo comunitario realizado en el ámbito urbano (4). Participantes: sujetos mayores de 18 años reclutados de forma oportunista (a través de información en centros de salud, ayuntamientos, centros cívicos, asociación vecinos y de padres/madres alumnos) que otorgan consentimiento tras ser informados del PSm. Procedimiento: taller teórico-práctico de 2h de duración siguiendo las directrices del "European Resuscitation Council", del que se realizan 5 ediciones, durante Enero-Febrero de 2020. Antes y después del taller se auto-administra un cuestionario de conocimiento sobre RCP y DEA. Variables: sociodemográficas: sexo, edad, situación laboral, clase social (5). Formación y experiencia personal en RCP y DEA. Adaptación "Test de conocimientos sobre RCP y DEA" propuesto por el Consejo Catalan Resucitación, que incluye 4 preguntas sobre: cadena de supervivencia (P1), compresiones torácicas (P2), relación compresión/ventilación (P3) y uso DEA (P4). Análisis de datos: Las variables cuantitativas se expresan como media desviación estándar, y las variables categóricas como porcentajes. Se utilizan los test estadísticos habituales de comparación, aceptando como significativo valor de $p < 0,005$.

RESULTADOS:

Participan 111 voluntarios, con una edad media de 48,7 años ($\pm 11,2$), un 80,2% mujeres; un 74,8% con trabajo remunerado y 60,4% de clase media. Un 44,1% manifiesta haber realizado formación en RCP y/o DEA previamente, el 9% haber presenciado un paro cardíaco, de estos últimos, un 70% supo cómo actuar. Respecto a las puntuaciones obtenidas en test, se observan diferencias significativas al comparar los resultados antes después de la formación: contestan correctamente las 4 preguntas el 9% vs 65,8%; la P1 el 19% vs el 67,6%, la P2 el 41,4% vs el 61,4%; la P3 el 53,1% vs el 63,4% y la P4 el 65,8% vs el 68,5%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran que la formación en RCP siguiendo directrices europeas mejoran los conocimientos en población general y confirman su utilidad y efectividad también en el ámbito rural.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Los programas de salud comunitaria de capacitación en RCP mediante una formación estandarizada son esenciales y ya han demostrado utilidad en población general urbana (4). Esta capacitación podría ser de mayor impacto en un entorno rural en el que la isócrona, comporta mayor demora en la atención urgente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Dégano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiology of Acute Coronary Syndromes in Spain: Estimation of the Number of Cases and Trends From 2005 to 2049. *Rev Española Cardiol.* 2013;66(6):472–81.
- (2) Gräsner J-T, Bossaert L. Epidemiology and management of cardiac arrest: What registries are revealing. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2013 Sep;27(3):293–306.
- (3) Del Pozo A, Villalobos F, Rey-Reñones C, et al. Effectiveness of a network of automatically activated trained volunteers on the reduction of cardiopulmonary resuscitation manoueuvers initiation time: study protocol. *BMC Public Health.* 2019;19(1):572. Published 2019 May 14. doi:10.1186/s12889-019-6896-9
- (4) Villalobos F, Del Pozo A, Rey-Reñones C, et al. Lay People Training in CPR and in the Use of an Automated External Defibrillator, and Its Social Impact: A Community Health Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(16):2870. Published 2019 Aug 11. doi:10.3390/ijerph16162870>

Mesa de Comunicaciones 18: Profesión

Concurrent Session 18: Profession

AUTORES/AUTHORS:

Olga María Luque Alcaraz, Antonio Gomera Martinez, Manuel Vaquero Abellán

TÍTULO/TITLE:

LA CONCIENCIA EN SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS

Introducción:

En la actualidad existe una situación de emergencia climática planetaria causada en gran medida por nuestro estilo de vida y la necesidad de consumir recursos, que puede ocasionar que nos olvidemos de la repercusión que esto conlleva en nuestro entorno natural. A consecuencia de esto, aparece un aumento de la temperatura del planeta, perdiendo el equilibrio natural y dando lugar a cambios de clima y en el comportamiento de la biodiversidad. Este desequilibrio se observa en las catástrofes naturales, invasión de nuevas especies en lugares desconocidos y resurgimiento de enfermedades no endémicas entre otras alteraciones (1).

Esto conlleva que, si no somos responsables y conscientes de este problema, la sociedad puede tener consecuencias para las generaciones que son nuestro futuro, y entonces la tierra no sería como actualmente la conocemos (2).

La necesidad de este cambio nos lleva a tomar conciencia, como ya hicieron en España otros ambientalistas (3) y apostar por la sostenibilidad a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Entre estos ODS se encuentra el 13 de acción por el clima, y dicta a que todas las organizaciones deben de apostar por medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos (4).

El personal de enfermería, en este año internacional de la enfermería y la matrona 2020, a propuesta de la Organización Mundial (OMS), al igual que inicio la enfermera ambientóloga y científica Florence Nightingale (5), están cada vez más concienciadas de esta problemática (6,7).

Objetivos:

Evaluar y testimoniar la conciencia ambiental en el personal de enfermería en el ámbito de los cuidados.

Métodos:

Se realizó un estudio cualitativo-cuantitativo. El estudio cualitativo fue descriptivo y se realizó mediante un estudio etnográfico, a través de la técnica de la observación participante y con narrativas. La muestra fue por intención y representativa del personal de enfermería (Enfermeras/os, Técnicos/as Auxiliares en Cuidados de Enfermería (TCAE) y estudiantes de ambas categorías), en las unidades del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (HURSC) de España, de tercer nivel, más concretamente de la unidad de gestión clínica de neurocirugía y unidad funcional de columna-raquis. Se recogieron anotaciones y narrativas, en un cuaderno de campo (Evernote) de un Smartphone, culminando con la saturación de datos. El estudio cuantitativo se llevó a cabo mediante un estudio observacional y descriptivo. La recogida de datos del estudio se hizo mediante el cuestionario NEAT-e (7), el cual mide la conciencia ambiental en enfermería, compuesto por tres subescalas (NAS-e, NPEB-e y PEB-e) de manera online, alojado públicamente en diferentes redes sociales y distribuido por la investigadora por diversos medios, como correos o plataformas de móviles. Se tomó como muestra 63 participantes, entre el personal enfermero, anteriormente citado, de los hospitales, centros de salud, agencias sanitarias y centros sociosanitarios de Córdoba y su provincia, a nivel nacional. Los datos fueron analizados con los programas de los paquetes Windows SPSS 22 y Microsoft Excel versión 2019. El periodo de recogida de datos fue desde junio del 2018 a febrero del 2020 en ambos estudios. Se cumplieron las normas de anonimato de los/as participantes y firmaron un consentimiento informado, además el estudio forma parte del proyecto de tesis doctoral llamado la responsabilidad enfermera en sostenibilidad ambiental, que cuenta con la aprobación del comité de ética de investigación (Acta nº 267, ref.3605 y sus Anexos).La investigadora no tiene ningún conflicto de interés, a pesar de esto el estudio se abastece de la cuantía del XXV Premio Beca de

enfermería 2020 del excelentísimo e ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba, España.

Resultados: El estudio etnográfico refuerza los resultados del cuestionario NEAT-e. La escala NAS-e, sobre la conciencia del personal enfermero en temas medioambientales, indica un déficit de conocimientos del 77,78%, mientras que el 68,25% del personal enfermero es consciente de la problemática ambiental. La escala NPEB-e, del comportamiento ecológico, muestra que el 41,27%, del personal enfermero realiza alguna de la acción consciente para mitigar el impacto ambiental. Por último, la escala PEB-e denota una actitud pro- sostenible con un 53,97%, aunque resulta difícil conseguirlo en un 60,32%.

Discusión: Aunque se encuentran déficit de conocimientos ambientales, el personal enfermero tiene conciencia sobre la problemática ambiental en su trabajo cotidiano (8), que se refuerza con una buena habilidad a pesar de tener que mejorar la actitud ecológica. Implicaciones para la práctica: El personal de enfermería son agentes de cambio en la sociedad, pero, deben de tomar plena conciencia sobre la problemática ambiental, y aportar desde sus centros de trabajo mejoras en pro de la sostenibilidad, entre ellas medidas para mitigar el impacto medio ambiental.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Watts, N., Amann, M., Arnell, N., Ayeb-Karlsson, S., Belesova, K., Boykoff, M., ... & Chambers, J. (2019). The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *The Lancet*, 394(10211), 1836-1878.
- 2.Thunberg, G. (2019). No one is too small to make a difference. Penguin Books.
- 3.Ricart, J., Miralles, M.L., Mauri, J., Delgado, M.L. (productores) y Rodríguez, F. (director). (1974). *El hombre y la Tierra* [documental]. España: TVE, S.A.
- 4.Meleis, A.I. (2017). Enfermeras y conocimiento de enfermería: Como fuerzas para lograr las Metas de Desarrollo Sostenible. *Enfermería Universitaria*, 143(5). Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-enfermeras-conocimiento-enfermeria-como-fuerzas-S1665706317300428>
- 5.Luque, O.M. (2019). Análisis del Proceso Enfermero respecto a la sostenibilidad ambiental. ASUNIVEP (Ed). *Revisión e Innovación en la actuación de los profesionales de la salud, Volumen I* (pp. 191-199). Asociación Universitaria de Educación y Psicología . Murcia.
- 6.Schenk, E., Butterfield, P., Postma, J., Barbosa-Leiker, C., y Corbett, C. (2015). Creating the Nurses' Environmental Awareness Tool (NEAT). *Workplace Health & Safety*, 63(9), 381-391. doi: 10.1177/2165079915592071
- 7.Luque, O.M. (2020). Participación enfermera en la sostenibilidad ambiental mediante el cuestionario NEAT-e. Presentación de póster. VI Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Murcia.
- 8.Luque, O.M., Gomera, A., y Vaquero, M. (2017). Concienciación enfermera en sostenibilidad ambiental. Unidad de gestión clínica de pediatría de un hospital de tercer nivel. *Revista Paraninfo Digital*, 27. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n27/121.php>

AUTORES/AUTHORS:

Maria Osés Zubiri, Juan Manuel Casas Fernández de Tejerina, Fredy Seguel Palma

TÍTULO/TITLE:

Actitudes religiosas en enfermeras de España y Chile

Introducción al término de espiritualidad.

Podemos decir que la espiritualidad se entiende a grandes rasgos como una búsqueda del significado de la vida. A lo largo de los años desde la Edad Media hasta nuestros días, ha habido una transición a cerca de la preocupación sobre el destino del alma, y en el mundo contemporáneo de hoy nos encontramos con el énfasis de contemplar primeramente los deseos particulares del individuo. Si hablamos de necesidades espirituales, éstas tienen que ver con la conciencia o conexión individual a una determinada trascendencia personal, entendida como creencias y conceptos relacionados con la religión y el sentido espiritual. En relación a ello podemos diferenciar entre la cualidad de ser "religioso" que se refiere al término de auto-identificación con un grupo de personas que comparten un conjunto común de creencias y prácticas, mientras que la cualidad de ser "espiritual" se refiere a las experiencias de vida personales ligadas a lo trascendente, lo divino o lo sagrado.

Un desarrollo adecuado de la espiritualidad proporciona esperanza, mayor sentido de la existencia, menor miedo a los problemas y mejor afrontamiento, mientras que no abordarla se asocia negativamente con mayor ansiedad, depresión y aburrimiento.

Hipótesis: ¿Las creencias religiosas desarrolladas por la enfermera, conforman y matizan las características del cuidado y la ética con la que se desarrolla?

Justificación: existe en nuestro entorno una escasez en cuanto al estudio, abordaje e implicaciones del tema en cuestión.

Objetivos: Conocer las actitudes religiosas en enfermería en un entorno actual secularizado, y como éstas son influenciadas por variables sociodemográficas y culturales.

Metodología:

El método de estudio empleado fue mediante un análisis descriptivo, transversal en una muestra de conveniencia de dos grupos de enfermeros de hospitales y centros de salud de la red pública de la provincia de Navarra (España) y la región de Los Ríos (Chile). El trabajo de campo se realizó entre enero y diciembre de 2015 y fue aprobado por ambos comités de ética en ambas regiones.

Para la recogida de los datos se administró en el lugar de trabajo de manera anónima y voluntaria, un cuestionario con variables sociodemográficas y la escala Post Critical Belief (PCB) (1) de Duriez (y autores) en su versión reducida y traducida al español por Muñoz et al (2) (3). Esta escala consta de 18 enunciados en formato tipo Likert de 1 a 7 puntos. Permite investigar el grado de creencia en Dios y los componentes de rigidez/flexibilidad de la religión según el modelo de inclusión-exclusión de la trascendencia y de interpretación simbólico-literal de Wulff (1991) (2)(3)

Para la estadística: se empleó el programa informático SPSS 20.0. La fiabilidad interna se midió mediante el Alfa de Cronbach. (4) (5) Se emplearon test no paramétricos. La comparación de medias de las actitudes religiosas según el lugar de origen se realizó mediante el test de Spearman, y la correlación de las actitudes religiosas con las variables se realizó mediante los test de U-Man Whitney y de Kruskal Wallis respectivamente.

El modelo de Wulff en el que se basa la escala Post Critical Belief (Inclusión vs. Exclusión de la trascendencia e Interpretación Literal vs. Simbólica) Las actitudes religiosas se dividen en cuatro subescalas como son Ortodoxia, la Crítica externa, el Relativismo y la Segunda ingenuidad. Estas coinciden con los cuadrantes de Wulff: afirmación literal, negación literal, interpretación reductiva e interpretación restaurativa que pasaremos a describir a continuación.

La postura ortodoxa o de afirmación literal es típica de individuos que se definen a ellos mismos como religiosos, ya que interpretan los contenidos de manera rígida, cerrada y dogmática, según las tradiciones particulares. Esta postura está relacionada con un enfoque fundamentalista más cercano al conservadurismo en la que se observa una afirmación literal y objetiva de la religión. Es

característica de personas con prejuicios y que poseen poca habilidad para adaptarse debido a la rigidez de sus pensamientos. Por otro lado, las personas con una actitud religiosa de Crítica Externa o des afirmación literal, rechazan la posibilidad de una realidad religiosa basada en estrictos y literales argumentos. Esta postura está relacionada con aquellos individuos que no aceptan ni la realidad religiosa ni su simbolismo. Es más característico del pensamiento científico y racional.

Siguiendo con la descripción, los que adoptan una postura de segunda ingenuidad o afirmación simbólica (entre paréntesis Interpretación restaurada), también se definen a ellos mismos como religiosos, adoptando posturas más abiertas y tolerantes. Además asumen que la mayoría de las interpretaciones de los contenidos religiosos son posibles y tratan de buscar una explicación racional para desarrollar un sentido y significado personal específicos. Esta postura está relacionada con una afirmación de la existencia de Dios, pero sin embargo se centra más en un lenguaje simbólico para interpretar su significado. Este enfoque tiene que ver con los estudios realizados por Freud, Nitché y Marx, dirigidos hacia la búsqueda de un significado más subjetivo y personal de la fe.

Por último, las personas que mantienen una actitud de Relativismo o Interpretación reducida, se definen a sí mismas como no religiosas. Son menos juiciosas y cerradas hacia la religión en comparación con los que tienen una actitud de Crítica Externa, ya que consideran la religión como un camino entre otros para dar significado a la vida. También respetan la elección de otros individuos pero no necesitan de la religiosidad para la búsqueda de un significado espiritual personal. Esta postura está relacionada por rechazar con gran peso la existencia de la religión. Sin embargo reconoce la importancia de los mitos y los rituales religiosos como referencias simbólicas, ligadas a la cultura. Esta postura tiene que ver con la interpretación de la hermenéutica moderna que coincide según Ricoeur con la aceptación de los símbolos religiosos, la idolatría y la ilusión de la religión.

Resultados:

La muestra total recogida fue de 439 enfermeros, 325 en Navarra y 114 en Los Ríos). La medida de la consistencia interna mostro un a de Cronbach pobre 0.502 en comparación con el estudio original.(4)(5)

La puntuación total de la escala PCB fue netamente superior entre las enfermeras chilenas en comparación con las enfermeras de Navarra.

En cuanto a la valoración y análisis de las actitudes religiosas según el lugar de origen, en Navarra se encontró una tendencia al relativismo y a la crítica externa frente a una actitud ortodoxa y de segunda ingenuidad más predominante en la región de Los Ríos.

Según la correlación de las variables sociodemográficas y las actitudes religiosas, encontramos en nuestro estudio que:

Existe una actitud predominantemente ortodoxia entre las mujeres frente a los hombres, y a mayor grado de práctica religiosa.

A mayor edad se da más una tendencia a la segunda ingenuidad, además de asociarse en mayor grado a un significado de paso a otro género de vida

Los que tendían a la crítica externa presentaron un sentido de culpabilidad frente a la muerte en comparación al resto de participantes.

Por último, los que mostraron una actitud más relativista fueron los hombres, los enfermeros que trabajaban en el ámbito ambulatorio y aquellos que para los que la muerte representa un alivio.

No se encontraron diferencias significativas en las actitudes religiosas de los participantes entre aquellos que asistían a funerales en la infancia, o los que habían sufrido previamente la pérdida de un ser querido.

Discusión/Conclusiones

Numerosos estudios consideran que la fe es esencial para mejorar el modo en cómo nos enfrentamos a la enfermedad y a la muerte.

Siguiendo los modelos enfermeros de adaptación de Callista Roy, existen estudios que demuestran lo esencial que es contemplar las creencias religiosas desde un punto de vista práctico, individual y flexible, ya que ayudan a mejorar la relación enfermera-paciente, y a determinar de manera más específica las necesidades espirituales cualesquiera que sean.(6)

Desde un enfoque cristiano actualmente tendente al secularismo, en los territorios de España y Chile, es posible afirmar que las personas religiosas piensan y actúan conforme a los principios establecidos por su fe. Una vez salvadas las barreras de

comunicación, abordar las necesidades espirituales tanto desde la perspectiva cultural como religiosa es esencial y complementario para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

Implicaciones para la práctica clínica: La atención espiritual de calidad requiere una conciencia profunda y desarrollar compasión, escucha activa, presencia y autenticidad. La medida empírica de la religiosidad y la espiritualidad, conduce de este modo a la capacidad de desarrollar actitudes, conductas, prácticas e intervenciones que llevarán a notables mejoras en el cuidado enfermero. Dejo abierta la vía de comunicación a través del email por si quieren presentar sus dudas o experiencias personales en relación al tema tratado. maria.oses.zubiri@navarra.es

El estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Duriez B, Soenens B, Hutsebaut D. Introducing the shortened Post-Critical Belief Scale. *Personality and Individual Differences*. 2005; 38(4): p. 851–857.
2. Rabbia H, Brussino S, Vaggione J. Escala de Creencias Post-Críticas: análisis psicométrico para su aplicación al estudio de la religiosidad en Argentina. *Revista de Psicología*. 2012; 8(16): p. 73-84.
3. Muñoz-García A, Saroglou V. Believing literally versus symbolically: Values and personality correlates among Spanish students. *Journal of Beliefs and Values*. 2008; 29: p. 233-241.
4. Duriez B, Fontaine RJ, Hutsebaut D. A further elaboration of the post-critical belief scale: evidence for the existence of four different approaches to religion in Flanders-Belgium. *Psychologica Belgica*. 2000; 40: p. 153-181.
5. Duriez B, Hutsebaut D. The relation between religion and racism: The role of post-critical beliefs. *Mental Health, Religion & Culture*. 2000; 3(1): p. 85-102.
6. Ortega Galán A, González de Haro M. El valor de la dimensión espiritual en el final de la vida desde las perspectiva de los profesionales de la enfermería. *Med Paliat*. 2016; 23(2): p. 93-98.

AUTORES/AUTHORS:

Claudia Moran del Pozo, Patricia Luna Castaño

TÍTULO/TITLE:

Descripción del proceso del cambio de turno enfermero en Unidades de Cuidados Intensivos: Encuesta nacional

Objetivos

Analizar cómo realizan las enfermeras de UCI el traspaso de información en el cambio de turno (TICT).

Identificar qué canales utilizan más frecuentemente las enfermeras para contactar con la UCI cuando han olvidado información relevante durante el TICT.

Conocer la formación académica recibida por las enfermeras de UCI sobre el proceso del TICT.

Metodología

Estudio descriptivo exploratorio de corte transversal.

La población de estudio fueron las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de España. Se eligió el ámbito de UCI debido a que es un servicio con pacientes y tecnología de alta complejidad, por la permanencia continua de la enfermera en el entorno del paciente y por el conocimiento y experiencia laboral de las investigadoras en estas unidades. Como criterios de inclusión se contempló que los participantes trabajaran actualmente en UCI y como criterios de exclusión, se contempló una antigüedad laboral en UCI inferior a 6 meses. Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia.

Se diseñó un cuestionario ad hoc para alcanzar los objetivos propuestos formado por 32 preguntas en los que se exploran variables sociodemográficas, laborales y relacionadas con el proceso del TICT en cuanto a frecuencia con que se prepara, horario establecido, lugar donde se realiza, información que se aporta, uso de herramientas para organizar la información, dificultad según turno, manejo de la información olvidada e importancia para la Seguridad del Paciente y Continuidad de Cuidados, entre otros. En algunas de las cuestiones se utilizó escalas tipo Likert de 5 puntos. El cuestionario era autoadministrado y se distribuyó a través de las redes sociales Twitter e Instagram durante 30 días (del 12/1/2020 al 11/2/2020).

La recogida y explotación de datos se realizó de forma anonimizada y se solicitó a los participantes la aceptación voluntaria a través de una Hoja de Información Participante.

La descripción de la muestra se realiza a través del análisis de frecuencias para variables ordinales y nominales y, para variables cuantitativas, se utiliza la media y desviación típica con el programa SPSS v.23.

Resultados

Se obtuvieron 420 respuestas válidas (n=420). El 85% fueron mujeres. La media de edad fue de 32,44 años ($\pm 8,35$). Hubo una representación de 45 provincias españolas, siendo Madrid y Barcelona las provincias con más participantes, contando con una colaboración del 21,8%(91) y 11,19%(47) respectivamente.

En relación a la antigüedad en UCI, la media es de 5,29 años ($\pm 5,49$). El 86,6%(363) trabajan en un hospital universitario. En cuanto a la duración del turno de trabajo, un 75,24%(316) tienen turno rotatorio de 7 y 10 horas. La representación según los tipos de UCIs son un 38,10%(160) para Polivalente, 19,76%(83) para Reanimación y Posquirúrgica, un 16,19%(68) para Médica, un 6,67%(28) para Pediátrica, un 6,43%(27) para UCI neonatal, un 8,81%(37) de Cardíaca y Coronarias, un 2,86%(12) de Trauma, un 0,95%(4) de Cuidados Intermedios y un 0,24%(1) de Quemados.

Dificultad en el TICT según turno

- El 55,69%(234) de enfermeras del turno rotatorio de 7 y 10 horas refieren tener más dificultad para la entrega de información en el cambio de turno de noche a mañana. El 44,23%(185) de enfermeras del turno rotatorio de 12 horas refieren que no hay ningún TICT que les suponga más dificultad.

Información del TICT

- El 10%(42) de los encuestados aporta la misma información que ha registrado en la historia clínica para el TICT, el 24,05%(101) añade información y el 65,95%(277) aporta información de la gráfica de constantes vitales y de lo registrado en la historia clínica.

Horario para TICT protocolizado con el centro

- El 53,80%(226) no tiene horario establecido en su UCI para el TICT, el 11,66%(49) desconoce si lo tiene, el 18,33%(77) tiene un horario oficioso y el 16,19%(68) tiene horario establecido para el proceso de TICT.

Lugar donde realizan el TICT

- El lugar más frecuente donde se realiza el TICT es en el control de enfermería por un 42,84%(180) de los encuestados, seguido del entorno del paciente por un 29,93%(126) y a pie de cama del paciente por un 27,23%(114).

Olvido de información relevante para el TICT en el último mes

- En el último mes, el 29,52%(124) de los encuestados ha tenido que contactar con la UCI por olvido de información relevante para el TICT.

Cambio de turno dirigido o grupal

- El 79,52%(334) realizan de forma frecuente el TICT individual y directo, de enfermera saliente a enfermera entrante. El 22,61%(95) lo realizan frecuentemente en formato grupal y tras esto se adjudican los pacientes.

Frecuencia con que se prepara el TICT

- Es frecuentemente preparado por el 64,05%(269) de los encuestados.

Sistemas para organizar la información para el TICT

- El 76,43%(321) refiere no utilizar nunca el método SBAR. El uso de los Patrones Gordon y las Necesidades de Henderson, como

herramientas para organizar la información (no validadas para TICT), tampoco son utilizados por el 68,10%(286) y 68,57%(288) respectivamente. Los métodos más utilizados son Sistemas propios de la UCI y Sistemas del cuerpo humano usados frecuentemente por el 48,10%(202) y 56,19%(236) respectivamente.

El TICT junto con el paciente

- El 15,95%(67) lo realizan frecuentemente con el paciente, el 8,57% (36), lo realizando ocasionalmente, el 25,23%(106) raramente y el 39,76%(167) refieren no realizar nunca el TICT junto con el paciente.

Primer canal de transmisión de información cuando se ha abandonado el hospital

- El 60,47%(254) frecuentemente utilizan como primer canal la aplicación de móvil WhatsApp para transmitir información relevante que se olvidó durante el TICT. El 45%(189) contactan telefónicamente al turno entrante y el 42,61%(179) llaman al control de enfermería. El 70,47%(296) nunca llaman a la supervisora de la Unidad.

Formación académica recibida

- El 50,47%(212) no recibió formación durante la educación teórica en la universidad sobre el TICT, tampoco siendo recibida por el 26,19%(110) durante las prácticas clínicas. En esta misma línea, un 19,04%(80) recibió "mucho" formación durante las prácticas clínicas, seguido de un 16,90%(71) de profesionales que recibieron "bastante" formación. El 90,23%(379) de los encuestados están de acuerdo en que el proceso del TICT debe formar parte del currículo universitario.

Protocolización del TICT

- El 82,61%(347) están de acuerdo en que el proceso del TICT debe ser protocolizado o estandarizado para seguir el mismo sistema.

Relevancia que tiene el TICT en Seguridad del Paciente y Continuidad de Cuidados

- El 83,80%(352) refiere que el TICT tiene un papel "muy relevante" para la seguridad del paciente, y el 90%(378) lo considera "muy relevante" para la continuidad de cuidados.

Discusión

La principal contribución de este estudio deriva de que se trata de la primera encuesta realizada a nivel nacional sobre el proceso del cambio de turno entre enfermeras en UCI y supone un punto de inicio para el estudio de este proceso tan frecuente, crítico e inherente a la atención continuada, pero escasamente estudiado desde nuestro marco geográfico.

Los resultados que arroja esta investigación son esperanzadores en cuanto a la gran relevancia que los encuestados le han concedido al traspaso de información durante el cambio de turno entre enfermeras en UCI para la Seguridad del Paciente y la Continuidad de Cuidados, además del elevado porcentaje que defiende la necesidad de protocolizarlo y de que forme parte del desarrollo curricular académico. A su vez, a diferencia de otros países donde existe una mayor preocupación y se han implantado numerosas acciones de mejora sobre este proceso (1-3), y se trata de un punto crítico de preocupación de organismos como la Joint Commission International (4), en España, el traspaso de información, apenas está estandarizado, en cuanto al uso de herramientas, horario y lugar protocolizado; tampoco forma parte del desarrollo curricular académico de los futuros enfermeros, no insistiéndose en

su aprendizaje desde la formación teórica, sino siendo este proceso principalmente aprendido durante las prácticas clínicas. Asimismo, la comunicación entre profesionales relacionada con la transición asistencial de los pacientes, no ha sido un objetivo incluido en la Estrategia de Seguridad del Paciente hasta la estrategia de 2015-2020, donde el "Objetivo general 2.6: Promover la comunicación entre profesionales", expone que la transmisión de información clínica sobre pacientes, especialmente durante la transición asistencial es un proceso de alto riesgo, mediado por la comunicación y que la estandarización de esta puede minimizar los riesgos y reducir errores (5). La estrategia de la estandarización de la comunicación es una de las medidas propuestas en la literatura (6-9), pero no es la única que debe ser puesta en marcha para garantizar la efectividad del traspaso de información; un lugar adecuado, libre de ruidos pero cercano al entorno del paciente, limitar las interrupciones, un horario que permita la planificación, una duración mínima (8,9) y la participación del paciente (10,11), son algunas de las acciones propuestas y todas ellas deben de implantarse teniendo en cuenta las características de cada UCI (9) y solo tendrán futuro si forman parte de las líneas estratégicas de la institución, están fundamentadas en la formación sobre cultura de seguridad y traspaso de la información y los profesionales que deberán hacer uso de estas estrategias han participado en el desarrollo de estas(6,12,13).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Junior Doctor Committee. Safe Handover: Safe Patients; Guidelines on Clinical Handover for Clinicians and Managers. Natl Patient Saf [Internet]. 2006;47. Available from: <https://ama.com.au/ama-clinical-handover-guide-safe-handover-safe-patients>
2. Registered Nurses' Association of Ontario. Best Practice Guide: Clinical Best Care Transitions [Internet]. 2014. Available from: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/care-transitions>
3. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Clinical Handover Standard 6. Natl Saf Qual Heal Serv Stand. 2012;44-7.
4. The Joint Commission. Sentinel event alert: Inadequate handoff communication. Jt Comm [Internet]. 2017;(58):1-6. Available from: https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_58_inadequate_handoff_communications/
5. Agra Varela Y. Estrategia Seguridad del Paciente 2015-2020. Vol. 131. 2016. Ministerio de Sanidad. Desarrollo Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. Madrid; 2011.
6. Sirgo Rodríguez G, Chico Fernández M, Gordo Vidal F, García Arias M, Holanda Peña MS, Azcarate Ayerdi B, et al. Traspaso de información en Medicina Intensiva. Med Intensiva. 2018;42(3):168-79.
7. Sánchez Sempere A. La seguridad del paciente en el proceso asistencial. In: BRYSEMfarma, editor. La seguridad del paciente en la práctica clínica. 1st ed. España; p. 83-104.
8. Riesenber L, Leitzsch J, Cunningham JM. Nursing Handoffs: A Systematic Review of the Literature. Am J Nurs. 2010;110(4):24-34.
9. Llapa Rodriguez E, Oliveira C, de Franca T, de Andrade J, Ponter de Aguiar Campos M, Pinto da Silva F, et al. Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería. Enferm Clin. 2013;(31):206-18.
10. Bressan V, Cadorn L, Pellegrinet D, Bulfone G, Stevanin S, Palese A. Bedside shift handover implementation quantitative evidence: Findings from a scoping review. J Nurs Manag. 2019;27(4):815-32.
11. Cairns L, Dudjak L, Hoffmann R, Lorenz H. Utilizing bedside shift report to improve the effectiveness of shift handoff. J Nurs Adm. 2013 Mar;43(3):160-5.
12. Hilligoss B, Cohen MD. Hospital handoffs as multifunctional situated routines: Implications for researchers and administrators. Adv Health Care Manag. 2011;11:91-132.
13. Raeisi A, Rarani M, Soltani F. Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. J Educ Heal Promot. 2019;8(173):1-6.

AUTORES/AUTHORS:

Susana Fernández Carrasco, Marta Ortiz Zubillaga, María Josefa González García, Ana María MATEO Cervera, Gemma Urralburu Alcate, Amaya Mañeru Oria, María Isabel Macías Domínguez

TÍTULO/TITLE:

Satisfacción de profesionales del Complejo Hospitalario de Navarra con el programa de registro de cuidados "Irati"

Objetivo:

Conocer el nivel de satisfacción de profesionales con la herramienta de registro de cuidados que se utiliza en hospitalización en el Complejo Hospitalario de Navarra.

Método:

Estudio observacional descriptivo transversal.

Se creó un cuestionario ad-hoc anónimo y autoadministrado utilizando la herramienta de formularios de Google.

Se crearon preguntas de estimación graduadas con escala Likert de 5 puntos para las referentes a opiniones sobre la aplicación.

Por otro lado, se dejó como opción de pregunta abierta un campo destinado a sugerencias de mejora de la aplicación. Se utilizaron preguntas de identificación para los aspectos sociodemográficos.

La encuesta para su cumplimentación online, se envió mediante enlace a las Jefaturas de Unidad de Enfermería para que a su vez la reenviasen a las/os profesionales de sus unidades que tienen permiso de acceso para registrar en el programa Irati. De esta manera se intentó facilitar el acceso al formulario desde cualquier dispositivo móvil.

Se crearon 9 categorías que facilitasen la agrupación de resultados para su posterior análisis.

Resultados:

El periodo para cumplimentación fue entre el 20/11/2019 y el 31/12/2019 recibándose 265 encuestas cumplimentadas.

Los datos sociodemográficos obtenidos fueron: sexo femenino (92,1%), situación laboral fija (52,8%), experiencia laboral de > 20 años (40,8%), perfil profesional de enfermera/o (85,7%), rango de edad 41-50 (34,7%), actividad profesional en hospitalización médica (43%) y años de experiencia con Irati < 5 años (48,58%).

Mostraron acuerdo total con la nueva aplicación respecto a la antigua 3,8% frente a 18,1% de desacuerdo. Valoraron globalmente el contenido como regular (41,5%), la velocidad como mala (54,7%), estructura como regular (40,8%) y adaptación a necesidades como regular (39,2%).

Respecto a ítems relacionados con la utilidad del registro en la aplicación: están totalmente de acuerdo con que el registro informático en Irati resta tiempo de dedicación a pacientes (57,36%), están parcialmente de acuerdo en que refleja la actividad profesional relacionada con el cuidado (39,25%). También se muestran parcialmente de acuerdo con que disminuye la variabilidad de los cuidados (36,98%) así como acuerdo parcial en que facilita la transmisión de información entre profesionales (38,87%). Por otro lado, también muestran acuerdo parcialmente en que la aplicación facilita el registro (39,43%), y muestran total desacuerdo en que ahorra tiempo en comparación con el registro en papel (29,81%). Respecto a si facilita la continuidad de cuidados se muestran parcialmente de acuerdo (40%) y también acuerdo parcial respecto a la facilitación en la toma de decisiones clínicas (30,94%). Asimismo, reflejan acuerdo parcial en que facilita la consulta de registros anteriores (39,98%).

En los ítems relacionados con el manejo de la aplicación, están parcialmente de acuerdo con que es sencillo (31,32%) y similar acuerdo respecto a si es sencillo (32,08%).

El diseño actual de Irati respecto al anterior muestra acuerdo parcial (27,55%).

A la pregunta acerca del método que consideran más adecuado para la formación en el uso de la aplicación consideran que las clases presenciales son las más adecuadas (59,11%) seguidas de videotutoriales (19,25%).

Discusión:

Tras el análisis de las respuestas recibidas se puede extraer que la nueva versión de la aplicación gusta menos que la antigua y que la peor valoración se debe a la velocidad de la misma. “Ante la necesidad de disponer de una información eficaz, que permita la coordinación entre profesionales y la toma de decisiones a tiempo real, es evidente que tanto la planificación de cuidados como la ejecución de los mismos, deberá ser soportada en un sistema de registros ágil, consistente, fiable y flexible” (1).

Asimismo, se detectaron áreas de mejora relacionadas con:

- Problemas con la Wifi y la red.
- Necesidad de manejo sencillo e intuitivo sin necesidad de formación inicial.
- Dificultad de información de novedades de las nuevas versiones que llega a usuarias/os finales.
- Problemas de interoperabilidad con otras aplicaciones.
- Falta de adecuación de los registros con unidades especiales.
- Poca motivación y compromiso de las/os profesionales con el registro de cuidados.

Las implicaciones para la práctica que podemos extraer se relacionan con la creación de un foro de participación de profesionales que mejore los actuales canales de comunicación de incidencias, sugerencias y quejas. Este foro también serviría para canalizar las opiniones y necesidades sentidas en las unidades y adecuar las peticiones de desarrollo de nuevos registros al servicio de soporte y desarrollo de la aplicación.

Por otro lado, la implantación de un sistema de gestión de riesgos para el desarrollo de la aplicación podría servir para priorizar aquellos registros y funcionalidades que generen o puedan generar más problemas y/o dificultades, así como riesgos en el cuidado de pacientes.

Se debería hacer una reflexión respecto al dinamismo de las aplicaciones informáticas y que las versiones que se desarrollen en un futuro deben tener en cuenta las preferencias del conjunto de profesionales que las van a utilizar (2,3).

La mayoría de la bibliografía que se ha podido consultar no se centra en encuestas de satisfacción a profesionales sobre los sistemas de información sanitaria que utilizan, sino que lo hacen fundamentalmente en la calidad de los registros. Por ello un siguiente paso para futuros trabajos será analizar la calidad de los registros en la aplicación Irati realizando feedback a las unidades y profesionales y de esta manera poder implantar sistemas de mejora.

Además, creemos necesario transmitir que “los sistemas de información sanitaria sirven para registrar la información sobre la atención proporcionada a los pacientes de una manera ordenada y holística; es una herramienta de apoyo para la continuidad del cuidado, puesto que es evidencia del rol autónomo de la disciplina, y por lo tanto se logra diferenciar las actividades del profesional de enfermería del resto de los profesionales del equipo multidisciplinario de salud” (4).

En la encuesta podemos ver reflejado que “los principales problemas que podemos encontrar son la desadaptación del sistema informático y el método de trabajo y transformación del sistema en un sistema de registro y no de información” (5).

Hay que ser consciente de que “la búsqueda de la excelencia afecta al sistema de información, así como a la necesidad de establecer vínculos permanentes con otros datos: presión asistencial, organización...” (5)

La literatura muestra que, “a pesar de los avances en tecnología y la inversión en registros electrónicos en los sistemas de salud, los registros de enfermería siguen siendo problemáticos” (5).

Las autoras declaran no presentar ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Sanz ML, García LA, Buergo O, Herrero AM, Delgado E. Tecnologías de la información en la gestión de cuidados de enfermería. Vol. 17, Gest y Eval Cost Sanit. 2016;17(2):133-48. [Internet]. Disponible en: https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/04_TIC_enfermeria.pdf
2. Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD002099. DOI: 10.1002/14651858.CD002099.pub2. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002099.pub2/full>

3. Oyola N, Roppel D, Sanchez E. Percepción de los enfermeros al cambio de registro del convencional al electrónico. *Notas enferm.* [Internet]. 23 de octubre de 2018 [citado 26 de septiembre de 2020];17(29). Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/21689>

4. López-Cocotle JJ, Moreno-Monsiváis MG, Saavedra-Vélez CH. Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. *Enfermería Univ* [Internet]. 2017;14(4). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300611>

5. Gómez JL, Santamaría JM, Arribas A. Departamento de Metodología e Innovación del Cuidado. FUDEN. Sistemas de información de cuidados de salud. [Internet]. 2010. Available from: https://www.ome.es/media/docs/Sistemas_informacion_sobre_cuidados.pdf

AUTORES/AUTHORS:

Leticia Sánchez del Río, Zulema Jiménez González, Roberto González Juan, Mercedes Segunda Peralta Gámez, Melisa Cristina Guijarro Delgado, María del Carmen Blázquez Blázquez, Marta Hernández Robledo, Candelas Laguna Peláez, Luis Carnerero Peñalver

TÍTULO/TITLE:

FOTOGRAFÍA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRANSICIONES ASISTENCIALES EXTRAHOSPITALARIAS Y HOSPITALARIAS

JUSTIFICACIÓN

La enfermería es el eslabón fundamental en la continuidad de los cuidados. La transferencia de información enfermera (TIE) en los trasposos de pacientes en los distintos niveles asistenciales hace que la comunicación entre profesionales enfermeros sea una herramienta imprescindible para contribuir a la seguridad del paciente. (1-5)

La bibliografía consultada pone de manifiesto que la TIE se realiza sin un método estandarizado, así como la falta de conocimiento y manejo de métodos recomendados por organismos internacionales (6,7).

Conocer la opinión de los profesionales de enfermería implicados en el proceso de TIE mediante el análisis de una encuesta de opinión y la valoración del contenido y calidad de la información transferida basada en el método ISOBAR (9-12), se pretende establecer una línea basal de la que partir que justifique o no la utilización de un método estandarizado de TIE.

OBJETIVOS**General:**

Analizar el método de TIE utilizado actualmente entre el servicio de emergencias sanitarias (SES) y el servicio de urgencias hospitalarias (SUH).

Específicos:

- 1º: Conocer la opinión de los profesionales de enfermería en relación al sistema de TIE utilizado en el traspaso de los pacientes.
- 2º: Recoger información sobre la TIE reflejada en la historia clínico-asistencial de emergencias (HCAE) y en la historia de enfermería de urgencias (HEU).
- 3º: Analizar cuantitativa y cualitativamente a través de un check-list elaborado según el modelo ISOBAR el circuito en la comunicación en el traspaso del paciente.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo prospectivo.

Se realiza en la provincia de Ávila, entre el SES con personal de enfermería (UME Ávila, UME Arenas de San Pedro y SVB medicalizado de Arévalo) y el SUH del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles en Ávila.

El periodo de estudio transcurre de octubre a diciembre de 2019.

El análisis de la TIE se realiza a través de una encuesta de opinión de aplicación directa y un check-list documental según el método

ISOBAR.

1. ENCUESTA DE OPINIÓN: Se utiliza un cuestionario de aplicación directa tipo Likert que recoge los sistemas de comunicación y método de TIE actualmente utilizado en el traspaso de los pacientes entre los servicios a estudio(13).

En cada unidad asistencial del SES y en el SUH hay un investigador entrenado y encargado de facilitar e informar sobre el procedimiento de la cumplimentación de los cuestionarios de opinión, así como de su recogida. Se solicita a los profesionales su consentimiento expreso verbal para la participación en el estudio, previa información del contenido y objetivos del mismo. La población diana es el personal de enfermería de los servicios implicados. Criterios de inclusión: personal de enfermería habitual de los SES y el SUH (fijo, interino o eventual de larga duración en activo). Criterios de exclusión: personal de enfermería eventual de corta duración en los servicios descritos y personal de enfermería fijo trasladado recientemente desde otra provincia.

VARIABLES: sociodemográficas (edad, sexo), profesionales (unidad de trabajo, años de experiencia profesional, años de experiencia profesional en el puesto actual) y respuestas del cuestionario que consta de doce preguntas con respuestas ordinales de diferentes valores posibles.

2. CHECK-LIST de la historia desde el método ISOBAR:

Se recoge la información sobre la TIE realizada de la HCAE del SES y la HEU del SUH de cada paciente traspasado en el periodo del estudio. Se realiza ocultando los datos personales del paciente, codificando la unidad de procedencia y se refleja si la identificación del paciente está generada o no en ambas historias.

Criterios de inclusión: informes de pacientes trasladados al SUH desde los servicios SES descritos. Criterios de exclusión: pacientes atendidos en SES que no acuden al servicio de urgencias por diversos motivos (exitus, altas in situ...).

VARIABLES ISOBAR: Identificación (I): del paciente, de la enfermera del SES y de la enfermera del SUH. Situación (S): motivo de la asistencia y evolución durante la asistencia de emergencia. Observación (O): valoración inicial del paciente, transferencia de constantes, dispositivos de sueroterapia/vías/analítica, dispositivos de oxigenoterapia/VMNI/VMI y tratamiento en emergencias.

Background (antecedentes) (B): antecedentes personales, alergias y medicación habitual. Acordar un plan (A): reevaluación de los parámetros comprometidos, pruebas complementarias, derivación al hospital/ingreso y plan de cuidados de enfermería. Read-back (volver a leer) (R): confirmar la eficacia de la transferencia.

Se obtiene una muestra de oportunidad que determina un intervalo de confianza (IC) del 90% y una diferencia estadísticamente significativa si $p < 0,10$.

El análisis de datos se realiza mediante SPSS versión 26, utilizando estadística descriptiva, segmentación por variables, prueba de χ^2 y odds ratio.

El estudio no posee conflicto de intereses. Obtiene informe favorable del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila con registro GASAV/2019/07.

RESULTADOS

ENCUESTAS DE OPINIÓN: población de estudio= 49 (15 profesionales de enfermería del SES y 34 del SUH), cuestionarios respondidos=49.

Según las respuestas obtenidas de los cuestionarios indicamos los porcentajes válidos obtenidos en las diferentes valoraciones

- El sistema habitual de TIE es el verbal en un 68,1%.
- El 72% indica que no hay lenguaje normalizado, con menor porcentaje en el grupo de <35 años coincidiendo con una antigüedad en el puesto de trabajo <de 5 años.
- Las pruebas se repiten siempre o alguna vez en un 87,6%.

- En un 31,3% se indica que la satisfacción en transmisión de datos es poca o nada.
- La Información emitida o recibida es acorde siempre en un 44,7.%
- El 72,9 % considera útil la transferencia siempre.
- El 59, 1% del personal de enfermería la satisfacción global de TIE es “algo o poco”, detectando un porcentaje menor en el grupo de entre 35 y 45 años, coincidiendo el mismo resultado con la antigüedad de 5 a 15 años en el puesto de trabajo.

CHECK-LIST: Se obtienen 115 informes.

De las variables descritas del método ISOBAR se refleja el porcentaje válido de datos incluidos en ambas historias de enfermería en el proceso de la transferencia:

I: paciente 77,4%, enfermera emergencias 74,6% y enfermera de urgencias 0%.

S: motivo asistencia 92,1% y evolución durante la asistencia del SES 0%.

O: valoración inicial del paciente 57,9%, transferencia de constantes 0%, dispositivos de sueroterapia/vías/analítica 47,4%, dispositivos de oxigenoterapia VMNI/VMI 93,9%, tratamiento del SES 90,4%.

B: antecedentes personales 77,2%, alergias 69,3%, toma medicación habitual 14,9%.

A: reevaluación de parámetros comprometidos, pruebas complementarias, derivación hospitalaria/ingreso y plan de cuidados de enfermería: 0%.

R: confirmar transferencia 0%.

Contrastando con la identificación del paciente hay diferencias significativas ($p < 0,05$) con relación al motivo de la asistencia, dispositivos de sueroterapia/vías/analíticas, tratamiento del SES, dispositivos de oxigenoterapia VMNI/VMI y antecedentes personales utilizando la prueba chi 2 en tablas de 2*2.

Para avalar los datos anteriores se utiliza la regresión logística binaria obteniendo los siguientes resultados de odds ratio: motivo de la asistencia 16,9 (IC 3,2-88,2), dispositivos de sueroterapia/vías/analíticas 3,70 (IC 1,3-10,1), tratamiento del SES 3,45 (IC 0,9-12,5), dispositivos oxigenoterapia/VMNI/VMI 27,8 (IC 3,1-244,4) y antecedentes personales 3,9 (IC 1,5-10,2).

DISCUSIÓN

Con relación a la opinión del personal de enfermería en cuanto al método de TIE utilizado actualmente hay una tendencia a la centralización en las respuestas de los cuestionarios, influye en estas respuestas la unidad de trabajo y aunque no se reflejan niveles altos de insatisfacción, sí ofrecen posibilidades de mejora.

Encontramos una tendencia mayor a la satisfacción en la forma en la que se realiza la TIE en las condiciones en las que llegan/reciben a los pacientes, en el sistema de transmisión de datos y en los registros. Esta tendencia se percibe más en las enfermeras del SUH que así mismo, dedican mayor tiempo en realizar la TIE.

El personal de enfermería con más tiempo en el puesto de trabajo y mayor edad tienden a no encontrar relevante la utilización del lenguaje normalizado y restan importancia al tiempo dedicado en la transmisión y transcripción de datos.

La consideración de la utilidad de la transferencia y la información emitida/recibido acorde con la situación real del paciente es percibida con mayores valores en los enfermeros de lo SES.

El parámetro relacionado con la utilización de un lenguaje normalizado es el de mayor consenso indicando que NO se utiliza, por lo que es una de las líneas de trabajo para desarrollar.

La variable identificación del paciente tiene fortaleza respecto a otras variables que se presentan muy ligadas a ella. En los registros de la HCAE y HEU comprobamos que, si hay identificación del paciente, lo esperable, es que haya registro de información del paciente y transferencia de esta información, y por lo tanto, continuidad en el proceso asistencial en los distintos niveles. Sin

embargo, en este estudio se detecta que variables tan importantes como las alergias, la valoración inicial del paciente o la toma de medicación previa, no se produce la continuidad en la transferencia de esta información.

Junto con la no transmisión identificada de otros parámetros del método propuesto, sugiere que sería de interés la estandarización de la TIE en la práctica asistencial habitual de traspaso de pacientes para aumentar niveles de seguridad y calidad asistencial de los pacientes.

La mejora del canal de comunicación entre los enfermeros de los distintos niveles de asistencia sanitaria por los que transita un paciente en su proceso asistencial, garantiza la continuidad de los cuidados que éste precisa, aumentando así, los niveles de seguridad y calidad en el cuidado. El método propuesto, de aplicación posible en la práctica clínica diaria, se muestra como herramienta útil que podría implementarse en el proceso de TIE, contribuyendo así a fomentar e impulsar la cultura de la seguridad del paciente en los servicios estudiados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Aranaz Andrés Jesus Ma, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J RLP. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización . ENEAS 2005 Estudio Nacional sobre. Minist Sanid y Consum [Internet]. 2006;170.
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. 2008;
3. Tomás S, Chánovas M, Roqueta F, Toranzo T. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: Balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. Emergencias. 2012;24(3):225–33.
4. Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias. 2011;23:356–64. <http://www.semes.org/psemes/formacion.htm>
5. Tomás S, Gimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias Patient safety in emergency care. An Sist Sanit Navar An Sist Sanit Navar. 2010;33(33):131–48.
6. Chang A, Schyve PM, Croteau RJ, O’Leary DS, Loeb JM. The JCAHO patient safety event taxonomy: A standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. Int J Qual Heal Care. 2005;17(2):95–105.
7. Organización Mundial de la Salud. OMS. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Internet [Internet]. 2007;36.
<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>
8. Porteous JM, Stewart-Wynne EG, Connolly M, Crommelin PF. iSoBAR--a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. Med J Aust. 2009;190(11 Suppl):152–6.
9. Cardenas. David; Garrido. Maria. Aumento de la seguridad en la transferencia de pacientes en el transporte. 2015;6.
<http://congreso2015.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2015/11/030>.
10. Yáñez-Corral AM, Zárate-Grajales RA. Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería. Vol. 13, Enfermería Universitaria. 2016. p. 99–106.
11. Activity P, Division Q, of Health DW. WA Health Clinical Handover Policy. WA Heal Clin Handover Policy Perth Dep Heal [Internet]. 2013;(November). <http://www.health.wa.gov.au/circularsnew/attachments/825.pdf>
12. Barton A. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. AORN J. 2009;90(4):601–2.
13. Martín Rodríguez J, Ruíz Lavela F, Martín Rodríguez M. Transferencia de pacientes en urgencias. Enfermería Glob Rev electrónica Semest enfermería. 2005;4(2):8–11.

Mesa de Comunicaciones 19: Cuidados a pacientes críticos / Cuidados Paliativos**Concurrent Session 19: Critical Care / Palliative Care****AUTORES/AUTHORS:**

cindia gomez perez

TÍTULO/TITLE:**DILEMAS ÉTICOS DE LA NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIAL EN EL FINAL DE LA VIDA. ¿CUIDADOS BÁSICOS O MEDIDAS TERAPÉUTICAS?**

Introducción: La Nutrición e Hidratación Artificial (NHA) y su manejo en clínica pueden implicar dilemas éticos cuando se trata de pacientes en el final de la vida. Pueden mejorar un proceso agudo o deteriorar la calidad de vida al prolongar un proceso de muerte. El estado actual de la problemática ética que la NHA representan es debido, por una parte, a la inexistencia de protocolo común para su implantación, mantenimiento o retirada, y por otra, por la falta de unanimidad para catalogarlos como cuidados básicos o medidas terapéuticas debido a su arraigado significado simbólico y cultural.

Objetivos: analizar los principales aspectos éticos relacionados con las decisiones clínicas que afectan a la NHA en los pacientes en el final de la vida, sus diversas consideraciones y la importancia de los principios de la bioética en la toma de decisiones. Describir, analizar y comparar la opinión de los profesionales que trabajan en la Unidad de Cuidados intensivos y Reanimación (UCI y REA) del Hospital Universitario Son Llàtzer (Mallorca) sobre cuestiones relacionadas con la alimentación y nutrición de los pacientes en el final de la vida.

Métodos: se llevó a cabo un estudio de campo descriptivo transversal a través del diseño de una encuesta de opinión validada previamente por el Comité de Ética Asistencial de Cartagena. Se evaluó la opinión de profesionales de UCI y REA del Hospital Universitario Son Llàtzer, en relación a 18 cuestiones que componen dicha encuesta sobre la implicación de la nutrición e hidratación artificial en el final de la vida. El estudio tuvo lugar del 3 de junio de 2019 al 21 junio de 2019. Las encuestas fueron cumplimentadas de forma confidencial y anónima por los profesionales sanitarios y posteriormente se realizó una descripción general de los resultados obtenidos de las mismas.

De forma complementaria y debido a que la visión acerca de la NHA se ve influenciada por diferentes aspectos (morales, religiosos, edad, etc.), se realizó un subanálisis comparativo categorizando la variable "experiencia" en dos grupos: el compuesto por aquellas personas con experiencia laboral menor o igual a 12 años y otro grupo superior a 12 años.

Resultados: se obtuvo la opinión de 98 profesionales (81%). El 51% corresponden a Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE), el 18,4% a Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), el 9,2% a Médicos (MIR) y el 20,4% a Médicos. El 40,8% de toda la muestra era creyente en alguna religión. El 13,7% consideró que la nutrición enteral (NE) y la sueroterapia (STP) forman parte de cuidados básicos independientemente del estado en el que se encuentre el paciente. Los creyentes consideraron la SNG como un cuidado básico un 20,3% más que los no creyentes ($p=0,024$) y consideran en un mayor porcentaje (20% de creyentes frente al 9,1% de no creyentes) que la NE y la STP deben de ser administrados siempre independientemente del estado del paciente.

El grupo de más de 12 años de experiencia profesional consideraba la STP en mayor proporción como un cuidado básico ($p=0,015$) y la NE en menor proporción como medida desproporcionada ($p=0,027$). Sin embargo, una mayor proporción de los profesionales con mayor experiencia retirarían el soporte nutricional por sonda en el caso de que el paciente precisara de contenciones mecánicas.

Discusión: las decisiones relacionadas con la NHA pueden ser un reto para los profesionales que trabajan con pacientes en el final de la vida. Se necesitan más estudios para establecer su papel como un cuidado básico o un tratamiento. La encuesta muestra una mayor tendencia en el grupo de los creyentes a considerar que la STP y la NE forman parte de los cuidados básicos del paciente y por lo tanto disminuye la predisposición a incluirlas como medida para la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Sancho GM., Altisent TR., Bátiz CJ., Casado BM., "Ética de la alimentación y la hidratación al final de la vida" Organización médica colegial y sociedad española de cuidados paliativos.2016
2. Irene Ying "Artificial nutrition and hydration in advanced dementia" Canadian Family Physician 2015;61(3):245-248
3. Pérez-Camargo DA., Allende-Pérez S., Domínguez-Ocadio G., Verástegui-Avilés E., "Alimentación e hidratación en Medicina Paliativa". Gaceta Mexicana de Oncología 2013; 12(4):267-275
4. Orrevall Ph.D.Y., R.D., "Nutritional support at the end of life". Nutrition Volume 31, Issue 4, April 2015,P.615-616.
5. Druml C., Ballmer EP., Druml W., Öhmichen F., Shenkin A., Singer P., Söters P., Weimann A., Bischoff CS.,"ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration". Clinical Nutrition. 2016; 35(3):545-556
6. Elizabeth Xue Qi TAN, Bew Meng LAI, "Artificial nutrition and hydration can both prolong a person's life and dying process". Singapore Nursing Journal 2018; 45(2):2-6
7. Baird Schwartz D., "Enteral Nutrition and Dementia Integrating Ethics". Nutrition in Clinical Practice 2018. Vol.00 Number 00
8. Piot E., MD, Benoît F., Leheup, MD., Goetz C., MD, "Caregivers Confronted with the withdrawal of artificial nutrition at the end of life: Prevalence of and reasons for experienced difficulties." American Journal of Hospice & Palliative Medicine.2014
9. Slachevsky CH.A., Abusleme LMT., Arenas M.A.,"Cuidados paliativos en personas con demencia severa: reflexiones y desafíos". Rev Med Chile 2016;144: 94-101.
10. Pinho-Reis C., Coelho P., "Alimentación al final de la vida: un dilema ético." Bioética & debat 2014; 20(72):17-20
11. Andrade SJ., Magalhaes AM., Pinho-Reis C., "Bioethical principles and nutrition in palliative care". Acta portuguesa de nutrição 2017. (9); 12-16
12. Joan Mir Tubau, Ester Busquets i Alibés, "Principios de ética biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F.Childress". Bioética & debat. 2011; 17(64): 1-7.
13. MacFie J., McNaught C., "The ethics of artificial nutrition". Undernutrition and clinical nutrition. Medicine 2015; 43(2). 124-126
14. Leheup BF, Piot E, et al., "Withdrawal of artificial nutrition: Influence of prior experience on the perception of caregivers." American Journal of Hospice & Palliative Medicine 2015. Vol 32(4) 401-406
15. Scharzt DB., "Ethical decisión for withholding/withdrawing medically assisted nutrition and hydration." Academy of Nutrition and Dietetics 2015 Mar;115(3):440-3

AUTORES/AUTHORS:

Itsaso Elizalde Beiras, Leire Mena Sucunza, Merche Pérez de Obanos Frieros, Susana Fernández Carrasco, Daniel Vera Sanz, Ariñe Sádaba Ezker, María Josefa González García

TÍTULO/TITLE:**IMPLEMENTACIÓN DE PLANIFICACIÓN AVANZADA DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Este estudio no posee conflicto de intereses

1.Objetivo

- Implementar la recomendación 4.1 de la Guía BPSO en relación a la “Planificación avanzada de los cuidados” en valoración continua en ICTUS.
- Conocer la percepción de los profesionales sobre los cuidados paliativos (CP) en los pacientes con ictus de pronóstico fatal.
- Estudiar las acciones a implementar para aumentar la calidad de los cuidados paliativos a pacientes con ictu.

2.Metodología

Se diseñó una encuesta anónima con la herramienta formularios de Google. El contenido se basó en el cuestionario Frommelt Attitudes Toward Care of Dying (FATCOD-S) adaptado al español modificado 1. Es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar las actitudes ante el cuidado del paciente moribundo que consta de 30 ítems con escala tipo Likert 2. Se añadieron variables socio-demográficas, de percepción sobre los cuidados paliativos y manejo del paciente con ictus en fase terminal con el permiso de la autora. Finalmente el cuestionario consta de 41 ítems que se consideran las variables a estudio. En primer lugar fue pilotado por el grupo de colaboradores e impulsores de la Guía BPSO “Valoración del ictus mediante la atención continuada” del Complejo Hospitalario de Navarra. Tras la estimación del tiempo de realización y de la complejidad de su realización se pasó vía e-mail a la muestra durante agosto y septiembre de 2020 en tres ocasiones espaciadas en el tiempo. La muestra está compuesta por el total de profesionales (N=75) de la planta de hospitalización de Neurología y Unidad de ICTUS del Complejo Hospitalario de Navarra (Enfermeras, TCAE y equipo médico).

3.Resultados

Tasa de participación fue de 53% (40). Un 65% (19) no tenía experiencia en cuidados paliativos, aunque había recibido cursos de formación continuada. Un 99% (28) considera que proporcionar cuidados al final de la vida es una experiencia muy valiosa. Un 85% (25) afirma que la familia debe implicarse en los cuidados del paciente. Un 76% (22) opina que el paciente y su familia deben ser los responsables en la toma de decisiones. Por último, un 65% (19) cree que es competencia del profesional sanitario educar a la familia sobre el proceso de muerte. En el manejo del paciente terminal, un 80% (23) busca información en el documento de voluntades anticipadas. Un 48% (14) de los profesionales afirman tomar decisiones conjuntas sobre la limitación del esfuerzo terapéutico con la familia. Un 41% (12) sostiene que a veces se dispone de un lugar para informar al paciente. Un 48,3% (14) asegura que casi siempre se disponen de los recursos necesarios para tratar al paciente al final de la vida. Los tres temas de formación más demandados por los profesionales sanitarios son: “Habilidades de comunicación con la familia”, “Cuidados al final de la vida” y “Manejo de la limitación del esfuerzo terapéutico”.

4.Discusión

La deficiencia en la formación en CP queda patente desde el ámbito académico. Carreras universitarias como medicina, enfermería o psicología carecen de formación en CP3. Los estudiantes no tienen la misma oportunidad de recibir una formación básica en CP

en todas las comunidades. No existe homogeneidad en cuanto al tipo de asignatura y a los créditos⁴. En cuanto a los profesionales, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) ha demandado la insuficiencia de recursos específicos, la escasa y desigual cobertura en el territorio nacional y la falta de reconocimiento de la categoría profesional de los profesionales sanitarios necesarios en los equipos de cuidados paliativos⁵. Varios estudios afirman que a mayor formación de los profesionales mejora la actitud ante el paciente paliativo^{6,7,8}

El cuestionario FATCOD se ha llevado a cabo en varios estudios^{9,10,11}. En cuanto a los resultados cualitativos, indicaron que los participantes creían que la implementación anticipada de la planificación de la atención y la comunicación con los pacientes y las familias de los pacientes eran fundamentales⁹. Según un informe de evaluación de Osakidetza se puede concluir que la implementación de un modelo organizativo de CP específicos parece ser más eficaz que los cuidados tradicionales. Esta atención debe estar centrada en adecuarse a las necesidades de los pacientes y sus familias garantizando la continuidad asistencial, la actualización en formación continuada y el trabajo en equipo¹¹.

Los cuidados paliativos han evolucionado de manera importante durante los últimos años y el ictus en fase terminal requiere de unos cuidados paliativos que precisan conocimiento y desarrollo de habilidades. La mayoría de los profesionales que atienden a este tipo de pacientes no tiene experiencia en cuidados paliativos ni formación específica. Muchos de estos participantes no parecen conocer todos los recursos disponibles en el servicio y perciben que no trabajan de manera integral y multidisciplinar. Sin embargo, creen que la atención al final de la vida es esencial y que se debe brindar un cuidado integral, multidisciplinar y centrado en el paciente y su familia. Además están dispuestos a formarse y han identificado los temas principales de interés por lo que hay que abrir una vía de formación en estos profesionales. La implicación para la práctica de este estudio está en relación con la necesidad de conocer el pensamiento y las necesidades percibidas de los miembros del equipo, como paso previo a la implantación de una nueva recomendación de la guía suscrita.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibilografía

1. Edo-Gual M, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J, Monforte-Royo C, Aradilla-Herrero A. Spanish Adaptation of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD-S) in Nursing Undergraduates. *Journal of Death and Dying*. 2018; 78(2):120–42.
2. Edo-Gual M. Actitudes ante la muerte y factores relacionados de los estudiantes de enfermería en la comunidad autónoma de Catalunya. *Universitat Internacional de Catalunya*. Barcelona; 2015.
3. La vocación del cuidar en el grado universitario. XII Congreso Internacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Vitoria; 2018.
4. Vallés Martínez P, García Salvador I. Formación básica en cuidados paliativos: estado actual en las universidades de enfermería españolas. *Med Paliat*. 2013;20(3):111-14.
5. SECPAL. Atención paliativa global: modelando el futuro». XVI Congreso Mundial de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos – EAPC World Congress. 2019. Berlin
6. Aramendi Urkola M. Actitudes en estudiantes de enfermería hacia el cuidado del paciente en situación de final de vida. *Escuela Universitaria de Enfermería Gimberna*. 2018. Barcelona.
7. Berndtsson IEK, Karlsson MG, Rejnö ÅCU. Nursing students' attitudes toward care of dying patients: A pre- and post-palliative course study. *Heliyon*. 2019 Oct; 5(10): e02578.
8. Hensch I, Browall M, Melin-Johansson C, Danielson E, Udo C, Sundler AJ, et al. The Swedish version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying scale: aspects of validity and factors influencing nurses' and nursing students' attitudes. *Cancer Nurs*. 2014;37(1):E1-E11.
9. Hamayoshi M, Goto S, Matsuoka C, Kono A, Miwa K, Tanizawa K, et al. Effects of an advance care planning educational

programme intervention on the end-of-life care attitudes of multidisciplinary practitioners at an acute hospital: A pre- and post-study. *Palliat Med.* 2019;33(9):1158-1165.

10. Farmani AH, Mirhafez SR, Kavosi A, Pasha AM, Nasab AJ, Mohammadi J, et al. Dataset on the nurses' knowledge, attitude and practice towards palliative care. *Data in Brief.* 2019;22:319-25.

11. Proyecto de investigación comisionada. Atención a los pacientes en la fase final de la vida: revisión sistemática sobre modelos organizativos en cuidados paliativos y encuesta a los profesionales sanitarios sobre la situación de los cuidados paliativos en una comarca del País Vasco. *Osakidetza.* 2013. Vitoria.

Mesa de Comunicaciones 20: Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2

Concurrent Session 20: Impact of SARS-CoV-2 Pandemic

AUTORES/AUTHORS:

Sandra Corral Puente, Noelia Gallego Ausín, Luis Real López, Carmen Enrique Arias, Patricia Arévalo Núñez, Diego Serrano Gómez, M del Camino Escolar Llamazares, M Ángeles Martínez Martín, M Yolanda González Alonso

TÍTULO/TITLE:

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA PANDEMIA DEL SARS-COV-2 EN EL PERSONAL SANITARIO DEL ÁREA DE SALUD DE BURGOS.

Objetivo

Analizar el impacto psicológico que la pandemia del SARS-COV-2, la medida de confinamiento aplicada en España y la crisis sanitaria ha producido en los profesionales sanitarios, con el fin de orientar estrategias de prevención de riesgos y de afrontamiento.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, transversal y correlacional; mediante un cuestionario, elaborado por el equipo investigador en el que se recogen variables sociodemográficas, de salud y psicológicas, empleando cuestionarios validados y ad-hoc basados en otros estudios; se utilizó la herramienta Google Forms y se envió mediante el correo corporativo. Las variables dependientes principales fueron el estrés, la ansiedad y el afrontamiento. La población de estudio está formada por 2209 profesionales del Hospital Universitario de Burgos y 921 de la Gerencia de Atención Primaria de Burgos. Se calculó una muestra de 327 individuos hospitalarios y 166 de Atención Primaria, para un nivel de confianza del 95%; se obtuvo un total de 336 y 176 respuestas válidas, respectivamente. Se realizó el análisis de datos y se estudió la influencia de las variables independientes aplicando las pruebas estadísticas adecuadas en función del tipo de variables puestas en relación. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación con Medicamentos del Área de Burgos y Soria.

Resultados

Se analizaron 333 encuestas del personal sanitario del Hospital Universitario de Burgos y 172 de Atención Primaria. Resultados más relevantes: el 10% de los profesionales hospitalarios (n=34) refiere haber sido diagnosticado de SARS-COV-2, el 4% en Atención Primaria (n=7), donde un 7.6% (n=13) refiere haber tenido síntomas compatibles sin diagnóstico oficial. En relación al estrés (escala Likert 1-6), pensar que esta situación pueda repetirse causa preocupación, tensión y estrés en los profesionales del hospital (3.94) coincidiendo en Atención Primaria (3.95); miedo al contagio (3.65 y 3.51) respectivamente; la situación de confinamiento ha influido en la capacidad de concentración, disminuyendo el rendimiento laboral (2.96 y 2.71), ítem con menor puntuación en ambas poblaciones de estudio. En relación al afrontamiento, sentirse más cansado que en situaciones normales obtiene la puntuación media más alta en el hospital (5) y en Atención Primaria (4.66); respecto al feedback que reciben de los pacientes y familiares respectivamente (4.54 y 4.46); pero consideran que dedicar más horas al trabajo no les ayuda a superar la situación actual (2.55 y 2.57), con la menor puntuación media en ambas poblaciones.

Discusión

En esta situación de pandemia, los profesionales sanitarios, situados en primera línea, están más expuestos a riesgos y a factores estresantes, lo que afecta a su estado físico y psíquico. Los datos obtenidos revelan que los profesionales sanitarios reconocen sufrir ansiedad, estrés y dificultades para afrontar la situación. Las implicaciones en la práctica clínica derivan en que este estudio plantea la necesidad de establecer medidas para la prevención y el afrontamiento de problemas emocionales ante situaciones de crisis y así minimizar sus posibles efectos negativos en el rendimiento laboral.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Blake, H., Bermingham, F., Johnson, G., & Tabner, A. (2020). Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package.[Fecha de consulta: 2 de abril de 2020]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 2997.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [Fecha de consulta: 5 de abril de 2020] Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Center for the Study of Traumatic Stress (2020). Psychological Effects of Quarantine During the Coronavirus Outbreak: What Healthcare Providers Need to Know. Bethesda. [Fecha de consulta: 2 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140>

AUTORES/AUTHORS:

Claudia Moran del Pozo, Macarena García Urquiza, Victor Alameda Casabella

TÍTULO/TITLE:

Alteraciones en salud en las enfermeras y TCAEs de UCI reconvertida durante la pandemia COVID-19.

Objetivo:

Describir los efectos en la salud de los profesionales del Servicio de Reanimación reconvertido en Unidad de Cuidados Intensivos para pacientes con COVID-19 (UCI-COVID19).

Método:

Estudio descriptivo transversal.

La población diana fueron las enfermeras y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) que trabajaron en la UCI-COVID19 del Hospital Central Cruz Roja de Madrid. Asimismo, se incluyó a las cuatro estudiantes de pregrado de enfermería, las cuales se incorporaron al inicio de la puesta en marcha de la unidad. Como criterios de inclusión se contempló la voluntariedad de los participantes y como criterios de exclusión: que no hubieran utilizado Equipo de Protección Individual (EPI) completo (Gafas de estanca o antisalpicadura, Bata o Buzo, Mascarillas FFP2 o FFP3, Protector facial). No se halló el tamaño muestral, puesto que se partía de una población de 40 participantes en plantilla. Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia.

Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario ad hoc, autoadministrado y con preguntas cerradas. El cuestionario fue difundido el 8 de mayo, y se mantuvo abierto 2 días. Se solicitó a los participantes que hicieran un balance sobre los 52 días que llevaban trabajando; desde el primer ingreso en la UCI-COVID19 que fue el 16 de marzo.

Las variables evaluadas fueron: edad, sexo, profesión (enfermera o TCAE, no se consideró la opción de "alumna o enfermera de apoyo" porque podría ocasionar que estas participantes se sintieran identificadas y coartadas para la contestación de las cuestiones), experiencia en Cuidados Intensivos, lugar de trabajo previo a la reconversión de la UCI, lugar de residencia durante la pandemia, horas de uso de EPI, frecuencia de signos y síntomas (palpitaciones, disnea, miedo -descrito como "sensación de angustia provocada por un peligro real o imaginario-; impotencia -descrito como "falta de poder hacer algo"- y tristeza), en tres momentos: en domicilio, en el camino al trabajo y durante la jornada de trabajo con el EPI puesto. Además se preguntó sobre la pérdida de peso, frecuencia de problemas de sueño, efecto en la libido atribuible a la carga de trabajo y efectos en las relaciones sociales con los compañeros (enfermeras y TCAEs) durante el trabajo. La encuesta se difundió a través del grupo de WhatsApp.

Para cuantificar las frecuencias se utilizó una escala Likert de 5 puntos (Muy frecuente, Frecuente, A veces, Raramente y Nunca). Posteriormente para el análisis se reconvirtieron las puntuaciones en 3 categorías: Frecuente, A veces y Nunca.

Se analizaron las frecuencias relativas en forma de porcentaje para las variables cualitativas y la media y DT para variables cuantitativas.

Tanto la recogida, como la explotación de datos se realizó de forma anonimizada. Se solicitó a los participantes la aceptación voluntaria a través de una Hoja de Información. La Supervisora de la Unidad, Directora Enfermera y Gerente del Hospital, aceptaron la realización del estudio.

Resultados:

Se obtuvieron 35 respuestas válidas (25 enfermeras y 10 TCAE), de los 40 trabajadores en plantilla.

El 82,85% (29) fueron mujeres. La media de edad fue de 37,54 años y la DT de ± 11 .

Respecto a la experiencia en UCI: el 25,7%(9) no habían trabajado nunca en UCI, el 28,6%(10) tenían una experiencia menor de 1 año, el 17,1%(6) habían trabajado de 1 a 3 años, el 11,4%(4) de 4 a 6 años y solo el 17,14%(6) de los profesionales tenían más de 7 años de experiencia.

El 17,1% (6) no trabajan anteriormente en el hospital, el 51,4%(18), trabajaban en Reanimación antes de la reconversión en UCI-COVID19, y el 31,4%(11) en otra unidad del centro.

El 91,42% (32) permanecieron en su domicilio habitual y el 8,57% (3) se mudaron a un hotel acondicionado.

Respecto a la frecuencia de horas del EPI, el 80% de los profesionales que han trabajado en turno de mañana han estado frecuentemente entre 4 y 5 horas con él, siendo el 77,14% para los profesionales de la tarde y el 88,57% para los profesionales del turno de noche.

En cuanto a la presencia de sintomatología en domicilio, en el camino al trabajo y durante la jornada de trabajo con el EPI puesto, los participantes refirieron frecuentemente:

- Disnea: 20% (7) en domicilio, 22,86% (8) de camino al trabajo y 51,43% (18) con el EPI puesto.
- Palpitaciones: 20% (7) en domicilio, 14,29% (5) de camino al trabajo y 14,29% (5) con el EPI puesto.
- Miedo: 28,57% (10) en domicilio, 42,86% (15) de camino al trabajo y 37,14% (13) con el EPI puesto.
- Impotencia: 31,43% (11) en domicilio, 51,43% (18) de camino al trabajo y 48,57% (17) con el EPI puesto.
- Tristeza: 34,29% (12) en domicilio, 37,14% (13) de camino al trabajo y 28,57% (10) con el EPI puesto.

Respecto al descanso, el 45,71%(16) sufrieron pesadillas de forma frecuente; un 74,28%(26) refirieron frecuentemente dificultad para conciliar el sueño, el 74,28%(26) despertar precoz y el 68,57%(24) dificultades para mantenerlo.

En relación a la libido, el 45,71%(16) refiere que ha disminuido atribuyéndolo al estrés del trabajo. En cuanto a las relaciones sociales entre compañeros, el 60% (21) refieren que han mejorado.

Discusión:

Esta investigación refleja el gran impacto psicológico que ha tenido el trabajo con pacientes con COVID-19 en enfermeras y TCAEs de una UCI reconvertida. Debido a la saturación de las UCIs en la Comunidad de Madrid durante los meses de marzo y abril de

2020, varios centros de la capital, tuvieron que reconvertir las Unidades de Reanimación Posquirúrgica (URP), Quirófanos u otras áreas en UCIs para el ingreso de pacientes con Covid-19. Esta unidad cumplió su objetivo asistencial, a expensas de contar con una plantilla en la que más de la mitad de profesionales eran inexpertos y tuvieron que hacer un sobreesfuerzo a nivel psicológico tanto por la situación de incertidumbre inherente a la pandemia, como para el aprendizaje del manejo del paciente crítico-infeccioso.

Los profesionales encuestados, además de tener que hacer frente a la frustración y ansiedad que pueden desencadenar las situaciones de confinamiento (1), tuvieron que enfrentarse a un mayor número de factores estresantes como son el uso prolongado del EPI por la falta de material y por la estructura arquitectónica inadecuada de la URP, (no diseñada para el aislamiento por gotas y contacto) y la inexperiencia en el manejo del paciente crítico. Esto conllevó a la aparición de emociones negativas, que en ocasiones se somatizaban y provocaban la manifestación de síntomas psicológicos; observándose así una menor frecuencia de manifestaciones en domicilio, respecto a las situaciones de camino al trabajo y durante el trabajo con el EPI puesto. Esto refleja, el estrés añadido de venir a trabajar y del propio trabajo en sí.

Desde el ámbito internacional, también se han investigado los efectos negativos en salud de las enfermeras y otros profesionales que han trabajado durante el brote de emergencia de la COVID-19. En China, encuestaron a 85 enfermeras trabajadoras de la UCI del Hospital Pulmonar de Wuhan, y refirieron problemas de indigestión, pérdida de apetito, problemas de descanso, nerviosismo, e incluso pensamientos suicidas; además, las enfermeras jóvenes que no tenían experiencia en cuidados críticos, sufrieron crisis psicológicas de mayor envergadura (2). En Italia, se encuestó a 376 sanitarios que habían trabajado directamente con pacientes con COVID-19, y encontraron una presión psicológica significativa relacionada con el trabajo y síntomas somáticos frecuentes. Además de que los niveles de agotamiento emocional fueron más altos que los valores normativos y hubo un porcentaje mayor de agotamiento que el encontrado en otras muestras anteriores a la pandemia de COVID-19 (3). En esta misma línea, el estudio "Sani-Covid-19. Impacto emocional frente al trabajo por la pandemia del COVID-19 en Personal Sanitario", con una muestra de 1243 sanitarios, refleja una situación alarmante, donde el 53% presentan valores compatibles con estrés postraumático, el 79,5% presentan síntomas de ansiedad, así como un 51,1% ha mostrado síntomas depresivos (4).

Este estudio utilizó un formulario ad hoc, elaborado según las preocupaciones y síntomas que los compañeros referían y a pesar de no estar validado refleja la situación que han experimentado enfermeras y TCAEs de una Unidad de Reanimación reconvertida a UCI-COVID19 y que los datos que muestra no se encuentran alejados de los hallados en las investigaciones publicadas.

Estos resultados requieren una especial atención, ya que estudios anteriores demostraron que la angustia emocional se asocia con frecuencia con una atención subóptima del paciente e ineficiencias profesionales, junto con un efecto duradero en el estado de salud de los profesionales de la salud (5). En el centro, se cuenta con el apoyo de una psicóloga y psiquiatra para asistencia individualizada de los profesionales, sin embargo, sería recomendable promover la realización de debriefings tras el turno de trabajo y la difusión de herramientas para mejorar la capacidad de afrontamiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020;395:912-920. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
2. Shen X, Zou X, Zhong Z, Yan J, Li L. Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. *Critical Care*. 2020; 24:200.

Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02926-2>.

3. Barelo S, Palamenghi L, Graffina G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*. 2020; 290: 113129. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>.

4. The Lancet. 2020. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9).

5. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, Peters D, Hodkinson A, Riley R, Esmail A. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern. Med.* 2018. 178, 1317–1330. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>.

AUTORES/AUTHORS:

M^a Josefa González García , M^a de los Angeles Sánchez García, Susana Fernandez Carrasco, Cristina Lozano Ochoa , Marta Ortiz Zubillaga, Ana M^a Mateo Cervera , Elena Andrade Gomez

TÍTULO/TITLE:

VALORACIÓN EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA PANDEMIA POR COVID-19

Objetivo general: examinar el impacto de la pandemia COVID-19 sobre la salud de profesionales sanitarios (PS). Objetivos específicos: Explorar el estado de salud de los PS que han trabajado durante la pandemia del COVID-19 mediante el Cuestionario de Salud General (GHQ-12). Analizar la prevalencia de los síntomas de insomnio, a través del Índice de Gravedad del Insomnio (ISI). Evaluar el trastorno por estrés postraumático, mediante la Escala para la Evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático (TOP8). Metodología: Estudio descriptivo observacional, realizado en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) con fecha marzo-septiembre 2020, mediante encuesta on-line compuesta por 42 ítems que fueron considerados variable de estudio cada uno de ellos y una pregunta abierta. Se compuso de tres cuestionarios: General Health Questionnaire, GHQ-12 que exploró el estado de salud de la persona durante el último mes respecto a su estado habitual. A mayor puntuación, mayor grado de sintomatología emocional, donde puntuaciones de 12 o superiores indican la posibilidad de que la persona esté sufriendo un trastorno emocional. Insomnia Severity Index, ISI que valoró la gravedad del insomnio, esta escala consideró 0-7: no insomnio, 8-14: insomnio por debajo del umbral, 15-21: insomnio clínico de gravedad moderada y 22-28: insomnio clínico grave. Y la escala the Eight-item Treatment-Outcome Post-Traumatic Stress Disorder Scale, TOP-8 que evaluó el trastorno por estrés postraumático (TEPT). Los autores de la prueba original presentan los siguientes puntos de corte: 0-7: No existencia de TEPT, Igual o superior a 12: Trastorno por TEPT. Se completó el cuestionario con datos demográficos y datos relacionadas con la pandemia y con la percepción socio-laboral. Muestra por conveniencia a PS en activo en CHN durante el periodo de estudio. Perfil profesional estudiado: Enfermeras, personal Técnico, fisioterapeutas y matronas con rol asistencial y de gestión. La Captación de la muestra se realizó a través de las Jefas de Unidad quienes enviaron un e-mail con información del estudio, invitación libre y voluntaria a participar y el enlace automático a la encuesta. Se consideró otorgado consentimiento de los participantes al acceder y contestar al cuestionario. Todos los datos fueron tratados de forma confidencial. Se realizó un análisis descriptivo calculando frecuencias según distintas variables del cuestionario. RESULTADOS: Se recibieron 332 respuestas. Género mujer 302 (91%). Edad de 18-29 años, 87 (26%) de 30-40, 61(18%), de 41-50, 117 (35%) de 51-60, 87 (26%) y >60, 8 (2%). Los perfiles más representativos fueron: enfermeras 198 (60%), Aux. Enfermería 114 (34%), TER 4 (1%). Lo datos más relevantes indican, que en los aspectos de salud relacionados con el Covid-19, estuvieron de baja médica con diagnostico medico confirmado de Covid+ 38 (11%), frente a 294 (88%). Califican su salud como mala 20 (6%), un 112 (34%) la califican de regular, frente a 200 (60%) que la califican de buena o muy buena. Fueron movilizados de sus servicios o Unidades habituales 94 (28%) PS frente a 214 (64%). Trabajaron en atención directa con pacientes Covid+ 261 (79%) frente a 71 (21%). Estuvieron muy preocupados por contagiar a familiares 150 (45%), muchísimo 113 (34%), un poco 60 (18%), no les preocupo nada a 9 (3%). En cuanto al trabajo lo percibieron de manera muy insatisfactoria 29 (8%), insatisfactoria 104 (31%), igual de satisfactoria que siempre 31 (9%), y 28 (9%) de manera muy satisfactoria. Durante el periodo de estudio los PS consideraron que atendieron a los pacientes de forma muy correcta 103 (31%), correcta 135 (83%), igual que siempre 41 (12%), peor que habitualmente 53 (16%). Trabajaron con otras personas distintas a las habituales del equipo 158 (48%), frente a 139 (42%) que trabajo con el mismo equipo. Los datos de conjunto del Cuestionario de Salud General (GHQ-12), indican que 243 (73%) profesionales presentan valores ≥ 12 (corte que indica posibilidad de padecer trastorno emocional), frente a 89 (27%) que presentan valores ≤ 12 . Del Índice de Gravedad del Insomnio (ISI), 141 (43%) profesionales tienen puntuaciones entre 0-7 (no insomnio), 135 (41%) entre 8-14 (insomnio por debajo del umbral clínico), 55 (16%) entre 15-21 (insomnio clínico de gravedad moderada) y 1 (0,3%) 22-28 (insomnio clínico grave). En cuanto a la evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático, 147 (44%)

profesionales presentan valores entre 0-7 (no existencia de TEPT), frente a 185 (56%) que obtienen valores ≥ 12 (trastorno por TEPT). Discusión: Según los datos la mayoría de los encuestados a nivel personal, considera encontrarse en un estado de buena o muy buena salud (60%), con confianza en sí mismos (50%) y con temor a contagiar a familiares (79%). Han permanecido de baja médica con diagnóstico de Covid-19 solo el 11%. El 63% tiene más de 40 años, lo que indica en general amplia experiencia tanto laboral como de vida. A nivel laboral, el colectivo más representado es el de enfermería (60%). La mayoría de encuestados realizó su trabajo en su Unidad habitual (64%) ejerciendo atención directa a pacientes Covid-19 (79%). La satisfacción laboral fue percibida por un número importante (39%) como insatisfactoria o muy insatisfactoria, aunque la mayoría consideró que atendieron a los pacientes de forma correcta (83%). La percepción coherente y positiva que en general tienen los profesionales sobre ellos mismos, hace pensar que el desequilibrio emocional está producido por una situación exógena tan extraordinaria, e infrecuente, como el contexto de la pandemia producida por el Covid-19. En cuanto a la escala de Salud General (GHQ-12), hay que tener en cuenta que cuanto mayor sea la puntuación, mayor grado de sintomatología emocional. Tenemos un número alto de encuestados (73%) que presenta puntuación ≥ 12 , y de los cuales, el 31% tiene valores de ≥ 20 puntos lo que, indica la posibilidad de que un número considerable puedan estar padeciendo un trastorno emocional moderado. El Índice de Gravedad del Insomnio (ISI), nos indica que la mayoría de los PS, no padecen insomnio (43%), aunque si presentan un insomnio leve (41%) un número de profesionales, que unidos a los casos considerados como de gravedad moderada (16%) el porcentaje es importante y de afectación mayoritaria (57%). En cuanto a la evaluación de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), la mayoría (56%) obtienen valores ≥ 12 , considerados de padecer TEPT. Parece existir cierta coherencia entre las tres escalas y los datos que arrojan, ya que las tres expresan alteración similar. Los datos parecen corroborar la afirmación de Lai J1, et al., en el estudio realizado en Wuhan con profesionales médicos y enfermeras de asistencia directa a enfermos de Covid-19, en el sentido de que, la vivencia de los profesionales durante la pandemia ha provocado cierto nivel de alteración de la salud emocional, problemas de sueño y de estrés postraumático en un número considerable de profesionales. Del mismo modo un estudio llevado a cabo por Li Z2, et al., a enfermeras de atención directa e indirecta a pacientes Covid-19 alcanzó parecidas puntuaciones de niveles de trauma en cada uno de los grupos, incluidas respuestas fisiológicas y psicológicas. Este autor comparó los datos con los niveles de trauma de la población general no sanitaria y la conclusión fue que el trauma era significativamente más alto en la población general que el de las de las enfermeras en primera línea de actuación. Este resultado puede hacernos pensar que los profesionales de la salud tenemos una respuesta de mayor adaptación a situaciones de estrés, probablemente en relación con el conocimiento y experiencia propia de la profesión. Pero esto no debe ser óbice para proteger a trabajadores que han demostrado ser imprescindibles para la sociedad y que como indica Gunnell D4, et al., “profesionales que han estado ayudando y cuidando también precisan de mayores atenciones y seguimiento porque experimentan un mayor riesgo de insomnio y problemas de salud mental”. Por la relación que existe entre el mundo emocional, biológico y social, (desempeño del rol personal y laboral), y como medida de prevención que evite el desarrollo de otros problemas potenciales derivados (Burnout, Incapacidad Laboral Transitoria, empeoramiento del desequilibrio emocional...), consideramos, necesario profundizar en este campo de conocimiento y en el desarrollo de estrategias y programas de apoyo psicológico o intervenciones eficaces de prevención. Este estudio aporta a la práctica clínica conocimiento sobre la percepción de los profesionales sanitarios en una situación totalmente nueva y extraordinaria en nuestro medio, en un nuevo campo de investigación. Puede ayudar a las administraciones hospitalarias a desarrollar recursos útiles para mejorar la salud mental de los trabajadores y permitirá identificar tendencias y resultados. Hay que tener en cuenta como limitaciones del estudio, el tipo de muestreo empleado que, si bien el método utilizado es adecuado por razones logísticas y para los objetivos del estudio. En cuanto a las conclusiones conciernen a un momento y entorno concreto. Este trabajo forma parte de un trabajo de investigación multicéntrico en curso. Cuenta con dictamen favorable (P.I. 422) del Comité de Ético de Investigación Clínica de la Rioja (CEImLAR) con fecha de 19 de junio de 2020 (en su primera versión para el H. San Pedro de La Rioja) y del Comité Ético de Investigación Clínica de Navarra (PI_2020/73). Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1) Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*. 2020;3(3):e203976.
- 2) Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control.
- 3) McManus S, Bebbington P, Jenkins R, Brugha T. Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014. 2016.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/556596/apms-2014-full-rpt.pdf
- 4) Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton k, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020
- 5) Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang J, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*.

Mesa de Comunicaciones 21: Práctica Clínica

Concurrent Session 21: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Rey-Reñones, Felipe Villalobos-Martinez, Albert del Pozo Niubó, Ester Granado Font, David Sabate Lisner, Carme Poblet Calaf, Gemma Flores Mateo, Josep Basora Gallisà, Francisco Martín Luján

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la experiencia de los profesionales sanitarios de su participación en el proyecto Smartwatch.

El proyecto Smartwatch (PSm) evalúa una intervención educativa en reanimación cardiopulmonar (RCP) y uso de desfibrilador externo automatizado (DEA) en voluntarios formados. El proyecto ha sido financiado por el Departament de Salut en el Marco del Plan Estratégico de Recerca e Innovación en Salut (PERIS) 2016-2020 y su protocolo de estudio fue publicado y registrado en en ClinicalTrials (NCT03828305) (1).

OBJETIVOS:

1. Evaluar la satisfacción de los profesionales sanitarios participantes en el PSm.
2. Conocer las implicaciones de participar en el PSm.
3. Identificar aspectos mejora en la formación/simulación.

MÉTODO:

Estudio descriptivo en atención primaria y comunitaria. Sujetos: 19 profesionales sanitarios acreditados como instructores por Consejo Catalan de Resucitación que han participado como docentes/profesionales en las simulaciones del PSm. Procedimiento: se confeccionó un cuestionario ad hoc mediante aplicación Google form par la valoración de las sesiones de formación/simulación realizadas a los participantes voluntarios del proycto Smartwatch (2). Se envió un correo electrónico dejando un periodo respuesta de 10 días y se recordó mediante mensajería instantánea telefónica 24h antes de finalizar el plazo. Variables: profesión (médico/enfermera); participación (docente/simulación/ambos); respuestas al cuestionario: satisfacción personal como docente/simulaciones (0-10); desarrollo profesional (0-10); conocimientos adquiriros (respuesta abierta [RA]); satisfacción de las sesiones (0- 5) respecto a información recibida previamente, lugar realización, material facilitado, fecha/horario, soporte durante las sesiones y posteriormente; pregunta de RA sobre la organización: aspectos a mejorar; percepción sobre la formación y sobre la pertinencia de esta. Análisis: se describen las variables cualitativas en porcentajes y las cuantitativas en media (\pm desviación estándar). Se describen algunos comentarios de las respuestas abiertas más significativos.

RESULTADOS: Respondieron el cuestionario 17 de los 19 participantes, del total un 52,9% son enfermeras. La satisfacción personal como docente fue de 8,8 (\pm 0,6) y en las simulaciones de 8,9 (\pm 0,7). En cuanto a la satisfacción de las sesiones de formación han sido valoradas con una media de 4,3 (\pm 0,1); la información recibida previamente 4,4 (\pm 0,6), el lugar 4,1 (\pm 0,5), los correos informativos 4,5 (\pm 0,6), el material facilitado 4,2 (\pm 0,7), las fechas y horario 4,3 (\pm 0,6), el soporte durante las sesiones 4,4 (\pm 0,6) y posteriormente de 4,2 (\pm 0,5). Respecto a la organización de las simulaciones su valoración de la información previa fue de 4,47 (\pm 0,58), lugar de realización de 4,3 (\pm 0,6), correos electrónicos de 4,5 (\pm 0,58), el material facilitado de 4,47 (\pm 0,58), fecha y horario de 4,5 (\pm 0,58), soporte durante las simulaciones de 4,6 (\pm 0,56) y posteriormente de 4,6 (\pm 0,56).

El 90,9% de los profesionales sanitarios considera preparada a la población para recibir esta formación y lo consideran oportuno.

En cuanto a los comentarios en las respuestas abiertas destacan sobre la organización "sería oportuno no parar, hacer docencia y simulaciones de manera continua".

Cuando se les pregunta qué percepción tienen respecto a la población en relación a recibir formación en RCP y uso de DEA refieren: "en general las aplican con rigor y de manera muy adecuada", "muy buena y enriquecedora", "cuesta mucho que aprendan a hacer bien las maniobras de RCP pero aprenden el uso del DEA y a contactar con emergencias", "muy interesados y muy activos en el

aprendizaje”, “quieren aprender temas relacionados con la salud” y “son precisos recordatorios o información mínima imprescindible para no olvidar”.

Entre los principales aprendizajes sobre la experiencia destacan: “he salido de mi zona de confort, adaptarme a nuevos escenarios e incorporarlos como espacios docentes para actividades formativas de futuro”, “la velocidad en la atención puede modificar muy notablemente el resultado del estado de los pacientes” y “afianzar los conocimientos, ser más rápida en todas las anillas de la cadena de supervivencia. Agradezco, sinceramente, haber tenido la oportunidad de participar”.

DISCUSIÓN: Los profesionales sanitarios refieren un alto grado de satisfacción en su participación las sesiones de formación. Estos resultado son relevantes ya que aunque existen experiencias de formación en RCP y uso de DEA en otros países, pocas veces se ha evaluado la percepción/opinión de implicados.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS: Si bien las directrices europeas RCP permiten estandarizar la formación, estos resultados identifican mejoras para su aplicación en población general en futuras ediciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Del Pozo A, Villalobos F, Rey-Reñones C, et al. Effectiveness of a network of automatically activated trained volunteers on the reduction of cardiopulmonary resuscitation manoueuvers initiation time: study protocol. BMC Public Health. 2019;19(1):572. Published 2019 May 14. doi:10.1186/s12889-019-6896-9

(2) Villalobos F, Del Pozo A, Rey-Reñones C, et al. Lay People Training in CPR and in the Use of an Automated External Defibrillator, and Its Social Impact: A Community Health Study. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(16):2870. Published 2019 Aug 11. doi:10.3390/ijerph16162870

AUTORES/AUTHORS:

Marta Serdà Gil, Jaume Magre Aguilar, Ana María Urpí Fernández, Pilar Enseñat Grau, Encarnación Cuenca Martínez, Enriqueta Borrás Gallart, Ana Ríos Jiménez, Montse Artigas Lage, Eulàlia Juve Udina

TÍTULO/TITLE:

PLANES DE CUIDADOS PARA PERSONAS CON IC Y EPOC. ANÁLISIS DE SU USO EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO TRANSVERSAL

La insuficiencia cardíaca (IC) es la tercera causa de muerte cardiovascular y la primera causa de hospitalización en personas mayores de 65 años en nuestro medio y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) representa la cuarta causa de muerte en el mundo. En Cataluña la EPOC es una de las causas más frecuentes de atención médica, especialmente cuando sufren reagudizaciones durante su evolución. Se calcula que el 9,2% de la población mayor de 40 años padece la enfermedad y a diferencia de otros procesos crónicos, en esta enfermedad no ha habido descenso de la mortalidad.

Hay un amplio consenso internacional en el hecho de que la atención integral, integrada y centrada en la persona es el mejor enfoque en este contexto y, por este motivo, Cataluña opta por convertirse en referente de buenas prácticas a través del despliegue de proyectos que conforman una de las líneas estratégicas del Pla de Salut de Catalunya 2016-2020, garantizando la equidad, la eficacia y la eficiencia de la acción asistencial; a través también de la formación de los profesionales sanitarios, asegurando la promoción y la garantía de la calidad y la seguridad asistenciales.

Desde marzo del 2017, en diferentes equipos de Atención Primaria se ha implementado el proyecto de Armonización de Estándares en Atención Primaria (ARES-AP,) que tiene como objetivo garantizar la estructuración del conocimiento enfermero. Permite trabajar con Planes de Cuidados Estándares según el motivo de consulta, como una síntesis estructurada de la prestación de cuidados básicos y acordados con la persona e individualizados siempre que sea necesario.

Este proyecto ya estaba implementado en los Hospitales desde el año 2007 y pretende también garantizar la continuidad asistencial para estas personas, trabajando con rigor metodológico y facilitando la adquisición de competencias clínicas para el desarrollo profesional con intervenciones basadas en la evidencia clínica disponible. Las enfermeras de AP realizan promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de su progresión, haciendo seguimiento de enfermedades como la IC y la EPOC para promover el autocuidado. Así pues, la promoción del autocuidado es clave en personas con IC y/o EPOC pero la educación/intervenciones a realizar para su mejora debe estar adaptada a las características diferenciales de los pacientes con IC y/o MPOC. La intensidad y frecuencia de determinadas intervenciones enfermeras serán diferentes en función de la fase de la enfermedad y por este motivo se diseñaron diferentes planes de cuidados, según la situación de la persona respecto a la enfermedad: inicial o debut, seguimiento, fase descompensada o avanzada, trabajando con diagnósticos de riesgo después de la valoración enfermera.

La literatura sobre los indicadores del proceso de prestación de cuidados y sus resultados es limitada. Por este motivo surge la necesidad de rediseñar y armonizar los Planes de Cuidados en la AP dentro del programa ARES AP, que utiliza la terminología ATIC®. Disponer de PC estandarizados permite garantizar la estructuración del conocimiento enfermero desde y para una prestación de cuidados de calidad, equitativos, efectivos y seguros para las personas, sus familias y la comunidad.

Objetivos

Describir los planes de cuidados (PC) en personas con IC y/o EPOC tras la implementación del Programa de Armonización de Estándares de Atención Primaria (ARES AP) y las principales intervenciones relacionadas con la promoción del autocuidado.

Métodos

Estudio descriptivo, observacional y transversal en la implementación del programa ARES AP, realizado en un centro de salud de AP de marzo del 2019 a abril del 2020.

Este centro de salud atiende una población aproximada de 25.654 usuarios, con una prevalencia de IC de 1.2% (322 personas) y

de EPOC 2.6% (686 personas).

Se analizaron los planes de cuidados para personas con IC y EPOC que fueron recogidos de la Historia Clínica Electrónica; así como las intervenciones relacionadas con los diagnósticos de riesgo para promover el autocuidado. Los datos fueron recogidos en una base de datos informatizada y analizados mediante el paquete R versión 4.0.2.

Resultados

De 176 PC en personas con IC se registraron 6 planes en fase inicial, 147 en fase de seguimiento, 20 en fase avanzada y 3 en descompensación.

De 354 PC de personas con EPOC se registraron 10 en fase inicial, 304 en fase de seguimiento de bajo riesgo, 39 en seguimiento de alto riesgo y 1 en exacerbación.

El 54.7% de las personas con IC y el 51.6% con EPOC disponen de un plan de cuidados específico.

Las intervenciones realizadas con mayor frecuencia en personas con IC fueron la de "Educación sanitaria: signos de alarma" con un 55.7%, en la que proporcionamos conocimientos para que la persona aprenda a detectar cambios de manera precoz y a consultar, cuando sea conveniente, para evitar la progresión de la descompensación. Estos signos de alarma corresponden a la aparición o aumento de los edemas, tos relacionada con el decúbito, astenia, insomnio o ansiedad, tos seca persistente, disnea...; la de "Criterios de sobrecarga" con un 55.1%, correspondientes al aumento de la clase funcional NYHA, aumento del peso corporal >1kg/día o >2kg/ en más de 2 días, disnea de esfuerzo, ortopnea, disnea paroxística nocturna; la de "Educación sanitaria: medicación" con un 45.4%, en la que proporcionamos a la persona y a su entorno los conocimientos y las habilidades necesarias para hacerse responsables del manejo de la medicación fomentando la adherencia al tratamiento farmacológico teniendo en cuenta sus experiencias, preferencias, creencias y valores. Comprobamos la adherencia al plan de medicación prescrito preguntando si toma el tratamiento, si cumple las pautas (dosis, duración, horario...), investigando la presencia de efectos secundarios, la retirada en farmacia...; y, finalmente, la intervención "Educación sanitaria: técnicas de autocontrol" con un 44.3%, promoviendo la responsabilidad y autonomía en el control y tratamiento de su problema de salud a través del autocontrol del peso.

En cambio, en personas con EPOC las intervenciones llevadas a cabo con mayor frecuencia fueron la de "Adherencia al plan de medicación" con un 49.7%. Destacar que la EPOC, al igual que el resto de enfermedades crónicas más prevalentes, presenta una baja adhesión terapéutica que genera un aumento de las exacerbaciones, del número de hospitalizaciones y de la mortalidad, de aquí la gran importancia de la misma. Le sigue la de "Técnica inhaladores" con un 48.3%, la de "Educación sanitaria: uso de inhalador" para comprobar su uso adecuado con un 34.2% y, finalmente, la de "Educación sanitaria: signos de alarma" como son el aumento de la disnea, del volumen y aspecto purulento del esputo y de la tos con un 28.6%.

Discusión

Los planes de inicio o debut pretenden, en un periodo inferior a 6 meses y en 2 o 3 visitas, crear un vínculo con la enfermera, proporcionar conocimientos básicos del problema, de los factores que lo empeoran o descompensan y de cómo puede la persona mejorar el control y avisar cuando haya descompensaciones incipientes.

En los de seguimiento de IC o MPOC de bajo riesgo, se refuerzan los conocimientos y se analiza el nivel de autocontrol de la persona, potenciando así su autonomía.

Los de IC avanzada o MPOC de alto riesgo, indicados para personas que tengan criterios de riesgo, comorbilidades o descompensaciones o ingresos hospitalarios recientes, se evalúan las posibles causas de descompensación, el nivel de autocontrol pero también se pretende implicar al cuidador y fomentar la autonomía de la persona respecto a las decisiones futuras trabajando las decisiones anticipadas.

Los planes de descompensación y exacerbación pretenden ayudar a la persona a averiguar las posibles causas de descompensación y a modificar aquellos estilos de vida necesarios para evitarlas, así como dar soporte a la persona en los cambios de medicación, favoreciendo la adaptación a las pérdidas que estas exacerbaciones puedan suponer.

El análisis de los datos muestra que más del 50% de las personas con IC o EPOC disponen de un PC, teniendo en cuenta la

reciente implementación. Estos datos se irán revisando, ya que el proceso de implementación se acompaña de sesiones de formación y revisiones bibliográficas periódicas basadas en la evidencia.

Las intervenciones registradas con más frecuencia en personas con IC fueron “Educación Sanitaria: signos de alarma y actuación” y “Criterios de sobrecarga”, claves para detectar precozmente las descompensaciones. En el caso de personas con EPOC, la “Técnica inhaladores” y la “Adherencia al plan de medicación”, que son fundamentales para asegurar la eficacia del tratamiento y evitar las exacerbaciones.

Se deben establecer estrategias para integrar los conocimientos adquiridos en la práctica clínica, su aplicabilidad y mejora del registro enfermero. De esta forma garantizar la seguridad en la atención a la persona, la calidad y equidad de la atención dada. Todo ello, podría favorecer la promoción del autocuidado, el desarrollo de investigaciones y evaluar su impacto en los resultados de salud de la población atendida. Es necesario disponer de indicadores que permiten evaluar la mejora de la atención global a las personas con IC y/o MPOC.

El estudio no contiene conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

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

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.naaxpot.atlc>

<https://itunes.apple.com/es/app/atic-eje-diagn%C3%B3stico/id1232543449?mt=8>

Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just. Barcelona. Generalitat de Catalunya. 2016. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/

AUTORES/AUTHORS:

Beatriz Hernández Méndez, Esperanza Zuriguel Pérez, Isabel Martín Silva, Martí Tapias Vilanova, Yolanda Moreno Gallo, Estela Sanjuan Menendez, Eva Lorenzo Tamayo, Montserrat Ramos González, Marina Montufo Rosal

TÍTULO/TITLE:

Movilización Temprana en la Unidad de Ictus: capacidad de marcha y discapacidad a los 90 días y al año post-ictus

1. Objetivos

Analizar la capacidad de marcha y la discapacidad a los 90 días y al año post-ictus tras la aplicación de un protocolo de movilización temprana interdisciplinar individualizado (PMT) de una Unidad de Ictus de un hospital de referencia.

2. Métodos

Estudio de cohorte prospectivo realizado entre febrero de 2017 y junio de 2018. Se incluyeron pacientes consecutivos con ictus agudo ≥ 18 años, que presentaron déficit motor, sin discapacidad importante previa [modified Rankin Scale (mRS) ≤ 2] y que ingresaron en la Unidad de Ictus del Hospital Universitario Vall d'Hebron (UI-HUVH) en el periodo de febrero a junio de 2017. Los datos clínicos se recogieron durante el ingreso en la UI-HUVH (habitualmente 72h) y vía telefónica a los 90 días y al año. Se realizó un test de simetría para comparar los cambios de las variables principales: Functional Ambulation Category (FAC) y modified Rankin Scale (mRS) entre los 90 días y el año post-ictus. Los análisis estadísticos se realizaron con Stata 15.1 (StataCorp, College Station, TX, EE. UU.). El estudio fue aprobado por el comité de ética del HUVH.

3. Resultados

Se incluyeron inicialmente 123 pacientes. La muestra estuvo configurada por 78 (63.4%) hombres. La edad media fue de 71.9 (desviación estándar (DE) 12.3) años. El 74.0% (n=91) de los pacientes fueron diagnosticados con ictus isquémico, y el 66.6% (n=82) experimentaron un ictus de moderado a grave (NIHSS >5). Previamente al ictus, el 17.9% (n=22) de los pacientes presentaban una discapacidad no significativa o ligera.

Tiempo desde el comienzo del ictus hasta la primera sedestación (n=108): mediana (MD) 32.5 [rango intercuartílico (IQR) 22-44] horas. Duración media de la primera sedestación (n=111): 3.5 (DE 0.5) horas. Tolerancia de la primera sedestación (n=106): 95.5%. En los resultados de la FAC a los 90 días (disponible para n=68), el 61.8% (n=42) de los pacientes presentaban algún tipo de afectación de la marcha. El mayor porcentaje de pacientes fue en aquellos cuya marcha no era funcional (20.6%, n=14), seguido de los pacientes cuya marcha era supervisada (14.7%, n=10). En la FAC al año (disponible para n=91), el 59.4% (n=54) de los pacientes presentaban algún tipo de afectación de la marcha. El mayor porcentaje de pacientes fue en aquellos cuya marcha sólo era independiente en superficie nivelada (20.9%, n=19), seguido de los pacientes cuya marcha era supervisada (13.2%, n=12). En los resultados del mRS a los 90 días (disponible para n=83), el 32.6% (n=27) de los pacientes presentaban una discapacidad leve o moderada y el 35.0% (n=29) presentaban una discapacidad severa o extrema. En el mRS al año (disponible para n=103), el 47.6% (n=49) de los pacientes presentaban una discapacidad leve o moderada y el 20.4% (n=21) de los pacientes una discapacidad severa o extrema.

Según el test de simetría, la FAC reflejó una mejoría al año en el 44.4% (p<0.01) de los pacientes, y el mRS en el 19.1% (p=0.01).

4. Discusión

El ictus es la primera causa de discapacidad física en adultos. Guías de práctica clínica internacionales recomiendan realizar movilización temprana como parte de la intervención habitual post-ictus agudo; pero aún no existe consenso sobre el momento de inicio, dosis y sus resultados a corto y largo plazo.

Los resultados parciales de este estudio contribuyen al conocimiento actual al analizar la capacidad de marcha y la discapacidad, a los 90 días y al año post-ictus agudo, en pacientes que recibieron nuestro PMT.

Coincidimos con otros autores en la necesidad de definir de manera más precisa los protocolos de movilización temprana

recomendados en la mayoría de las guías de práctica clínica. Por otra parte, la mayoría de estudios realizan el seguimiento a los 3 meses, sería relevante realizar varios seguimientos a más largo plazo analizando no sólo los componentes de movilización temprana, sino también el tipo, cantidad y duración de la rehabilitación realizada hasta cada uno de los seguimientos. Nuestros resultados muestran que el PMT presenta elevada tolerancia y podría trasladarse a la práctica clínica en Unidades de Ictus así como en hospitales y centros especializados en la rehabilitación post-ictus agudo. En primer lugar, el hecho de que los criterios de inclusión fueran amplios permitiría que el PMT pudiera ser aplicado a un alto porcentaje de la población con ictus agudo. En segundo lugar, el hecho de que se observaran mejorías estadísticamente significativas entre los 90 días y el año post-ictus agudo, resaltaría la importancia de ofertar rehabilitación en este periodo para favorecer las mejoras en los resultados.

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. Langhorne P, Collier JM, Bate PJ, Thuy MN, Bernhardt J. Very early versus delayed mobilisation after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Oct 16;(10):CD006187.
2. Bernhardt J, Godecke E, Johnson L, Langhorne P. Early rehabilitation after stroke. *Curr Opin Neurol*. 2017;30(1):48–54.
3. Bayley MT, Bowen A, English C, Teasell R, Eng JJ. Where to now? AVERT answered an important question, but raised many more. *Int J Stroke*. 2017;12(7):683–6.
4. Boulanger JM, Lindsay MP, Gubitz G, Smith EE, Stotts G, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *Int J Stroke*. 2018 Dec 1;13(9):949–84.
5. Coleman ER, Moudgal R, Lang K, Hyacinth HI, Awosika OO, Kissela BM, et al. Early Rehabilitation After Stroke: a Narrative Review. *Curr Atheroscler Rep*. 2017;19(12):59.
6. Cumming TB, Churilov L, Collier J, Donnan G, Ellery F, Dewey H, et al. Early mobilization and quality of life after stroke: findings from AVERT. *Neurology*. 2019 Aug 13;93(7):e717–28.
7. Langhorne P, Wu O, Rodgers H, Ashburn A, Bernhardt J. A very early rehabilitation trial after stroke (AVERT): a Phase III, multicentre, randomised controlled trial. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2017;21(54):1–120.
8. Li Z, Zhang X, Wang K, Wen J. Effects of Early Mobilization after Acute Stroke: A Meta-Analysis of Randomized Control Trials. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2018;27(5):1326–37.
9. Xu T, Yu X, Ou S, Liu X, Yuan J, Chen Y. Efficacy and Safety of Very Early Mobilization in Patients with Acute Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sci Rep*. 2017;7(1):6550.

AUTORES/AUTHORS:

Laura Lafarga Molina, Cecilia Bueno Pros, Pilar Gallardo Doñate, Pilar Gracia Sierra, Delia González de la Cuesta

TÍTULO/TITLE:

Síndrome Confusional Agudo en pacientes ingresados en Medicina Interna: Desarrollo en las primeras 24 horas.

1. OBJETIVOS: Determinar la incidencia de Síndrome Confusional Agudo (SCA) en pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Miguel Servet (Zaragoza, España) desde su entrada al hospital y los factores precipitantes y predisponentes que influyen en su estado.

Analizar la influencia de las horas de espera en el Servicio de Urgencias con el desarrollo de Síndrome Confusional Agudo al ingreso en la planta de Medicina Interna.

2. MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal realizado durante abril- agosto 2019. Los sujetos a estudio fueron los pacientes de nuevo ingreso en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza), procedentes del Servicio de Urgencias del mismo hospital o programado desde domicilio; mayores de 60 años (según la bibliografía por debajo de 60 años no es frecuente el desarrollo de SCA). Se excluyeron pacientes trasladados de otro servicio del hospital o de otro centro hospitalario; pacientes con patología psiquiátrica diagnosticada previamente al ingreso; aquellos cuya valoración inicial fue imposible por barreras comunicativas; pacientes cuyo diagnóstico principal de ingreso en la Unidad de Medicina Interna fue Síndrome Confusional Agudo. Al ingreso se realizó la valoración de SCA mediante la escala CAM, con el consentimiento de los pacientes, o sus familiares en los casos que así lo requerían. Tamaño de la muestra: Teniendo en cuenta que el número estimado de ingresos entre los meses de febrero y abril en la Planta 11 de Medicina interna en el hospital universitario Miguel Servet, el año anterior fue de 348 pacientes, estimaremos una muestra ajustada de 73 individuos. La muestra se ha calculado con una proporción aproximada del 40%, según la bibliografía, un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 10%, trabajando con poblaciones finitas y con fracción de muestreo mayor del 5% (26.72%). La muestra se modifica para el estudio hasta 100 pacientes.

Variables:

Tiempo de espera en Urgencias (En horas).

Factores predisponentes: Edad (Mayores de 60 años); Sexo; Patología previa cognitiva (SI/NO); Dependencia para ABVD (Según escala Barthel) (SI/NO); Acompañamiento hospitalario (SI: intermitente –nocturno-/ continuo; familiar conocido/ cuidador temporal - NO); Deficiencias auditivas/visuales (SI/NO); Orientación en tiempo y espacio (Iluminación- Reloj-Presentación. SI/NO).

Factores precipitantes: Polifarmacia (>4 fármacos); Inmovilización (Reposo absoluto SI/NO); Portador de dispositivos y situaciones inmovilizantes como: Fluidoterapia (SI/NO), Sondaje vesical (SI/NO), Drenajes, incluido gafas nasales (SI/NO) y Signos y síntomas como dolor y fiebre.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo con el objetivo de conocer la incidencia de SCA en los pacientes ingresados en Medicina Interna del Hospital Miguel Servet. El análisis descriptivo de las variables cualitativas se representó en porcentajes y frecuencias. Para el contraste de variables cuantitativas y cualitativas se utilizó la prueba de U de Mann- Whitney y en el caso del análisis de variables cualitativas, Chi Cuadrado. Se utilizó Odds ratio como medida de la fuerza de asociación. El análisis de los datos se realizó con el software Jamovi®.

3. RESULTADOS: Los 100 pacientes participantes seleccionados para el estudio que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna eran un 57% hombres y 43% mujeres, mayores de 85 años (41%, frente al 21% de participantes entre 65-74 y 38% entre 75 y 84 años). El 12% de los participantes presentaba pluripatología. Las más prevalentes fueron "Insuficiencia cardiaca congestiva", "EPOC" y "Disnea". El 21% de los pacientes ingresaron en el servicio de Medicina Interna con SCA. A las 24 horas el 23% de los pacientes presentaba SCA mediante la escala CAM, lo que supone una incidencia del 2% de pacientes de nuevo diagnóstico.

Se observa que los factores predisponentes que tuvieron relación con el desarrollo de síndrome confusional agudo al ingreso fueron

la presencia de patología cognitiva previa ($p < 0,001$); la dependencia para AVBD ($P = 0,001$); el acompañamiento por familiares cercanos y por cuidadores desconocidos ($p = 0,018$); la alteración del ciclo sueño vigilia y la iluminación de la habitación al ingreso ($p = 0,028$) y la presentación del personal sanitario ($p < 0,01$). Con el paso del tiempo, a las 24 horas del ingreso, se puede confirmar que ningún de estos factores influye en la desorientación de los pacientes.

Por otro lado, en cuanto a los factores precipitantes, se observa que las variables que influyen en la desorientación de los pacientes al ingreso son la presencia de sonda vesical ($p = 0,03$) y la presencia de dispositivos como drenajes y gafas nasales ($p = 0,047$). Ambos factores no influyen durante las primeras 24 horas de ingreso, pero sí se observan que afectan otras variables como ser portador de fluidoterapia ($p = 0,019$) o fiebre ($p = 0,041$) o dolor ($p = 0,016$).

Todos los participantes procedían del servicio de urgencias, habiendo permanecido ingresados desde su entrada a triaje hasta la salida a la planta una media de 25,1 horas (Mediana 23,9h; RI: 15.5 h.). Se observa que existe relación entre el tiempo de espera en urgencias y el desarrollo de SCA en los pacientes que ingresan en la planta de medicina interna ($p = 0,044$).

4. DISCUSIÓN: El estudio demuestra que existe un alto nivel de carga asistencial en la unidad de Medicina Interna, al igual que en otros servicios del Sistema Nacional de salud como así lo recoge el informe de "Recursos y Calidad en Medicina Interna (RECALMIN 2017)"(1). El informe de la Sociedad Española de Medicina Interna concluye que aumenta la frecuencia de ingresos y visitas a la Unidad a medida que aumenta la edad poblacional(1, 2), lo que se refleja en nuestro estudio, ya que la mayoría de los pacientes participantes eran mayores de 85 años y dependientes para ABVD.

Según los resultados obtenidos, en cuanto a los factores predisponentes, los que difícilmente pueden ser modificados y muestran vulnerabilidad en el desarrollo de delirium, los que sí que demostraron tener influencia en el estado confusional del paciente ingresado fueron la patología cognitiva previa y la dependencia para ABVD al ingreso. En el caso del acompañamiento familiar, tanto la presencia de un cuidador familiar como un cuidador desconocido influye en la desorientación de los pacientes al ingreso, pero no a las 24 horas. El porcentaje de ingresados acompañados por cuidadores profesionales fuera de su entorno habitual fue muy reducido (5% en desorientados al ingreso y ninguno a las 24 horas) en comparación con los cuidadores familiares y red de apoyo del paciente (21% al ingreso en desorientados y 82% en pacientes orientados a las 24 horas). En general, aumenta el porcentaje de pacientes acompañados, especialmente en los pacientes orientados a las 24 horas (55% de pacientes acompañados al ingreso y 82% a las 24 horas), lo que confirma la tendencia que afirman otros estudios, como el de Gómez(3), de que el acompañamiento familiar tiene beneficios en la situación confusional de los pacientes ingresados.

En cuanto a las deficiencias auditivas y visuales, la mayoría de los pacientes portaba gafas y sus dispositivos en el caso de que tuvieran problemas sensitivos. Además, aquellos que no tenían los dispositivos al ingreso, a las 24 horas sí que habían conseguido en su mayoría hacerse con ellos. Todos estos factores favorecieron la orientación temporoespacial de los pacientes, y facilitaban la prevención del síndrome confusional.

En relación a los factores precipitantes, modificables o desencadenantes de delirium, los factores que demostraron tener influencia fueron aquellos que producían situaciones inmovilizantes, como ser portador de sonda vesical ($p = 0,03$) o drenajes y dispositivos de oxigenoterapia ($p = 0,047$) al ingreso y la continuidad de la fluidoterapia durante las primeras 24 horas ($p = 0,019$). Esta tendencia confirma lo recogido en otros estudios como el de Vidán, recogiendo el efecto de la inmovilización durante las 48 horas de ingreso(4). Nuestra población presentaba una movilización precoz, ya que en 24 horas el porcentaje de pacientes en reposo absoluto disminuyó de un 61% a un 48%, así como también se redujo la presencia de factores inmovilizantes con retirada de sondas vesicales, fluidoterapia y oxigenoterapia.

El dolor y la fiebre son dos factores que tienen relación significativa con el desarrollo de delirium ($p = 0,016$ y $p = 0,041$). La mayoría de pacientes ingresa con antitérmicos y analgésicos pautados de forma fija cada 8 horas por lo que la retirada de los mismos y la pauta bajo demanda del paciente, tiene como consecuencia el riesgo de desarrollo de delirium.

Otros factores reportados en otros estudios como la polifarmacia, no tuvo significancia estadística para demostrar la relación. Es necesario tener en cuenta que el 95% de los pacientes ingresaron con un tratamiento de más de 4 fármacos para sus patologías.

Desde el servicio de Urgencias es necesario vigilar y mantener las medidas necesarias para prevenir la situación de delirium en los pacientes. Existen estudios que justifican el desencadenamiento del estado de síndrome confusional a las 24 horas del ingreso en el hospital (5), pero según nuestro estudio, los pacientes que son admitidos en el servicio de Medicina Interna ya llevaban ingresados en la sala de observación de urgencias una mediana de 23,9 horas. Este dato puede variar según la estación del año, ya que en invierno es cuando se observa una mayor saturación de las urgencias(6) y nuestro estudio fue realizado en el periodo estival. En otros estudios de condiciones similares en salas de observación del servicio de Urgencias, como el de Fontova(7), la mediana de estancia fue de 20,79 horas y la prevalencia de pacientes con delirium fue del 15,56%. En nuestro estudio la prevalencia al ingreso fue de un 21% y un 23% a las 24 horas, especialmente en hombres y mayores de 85 años, lo que se asemeja el estudio llevado a cabo por Crespo(8), en el cual desarrollaba síndrome confusional agudo un 22,5% de los pacientes ingresados en Medicina Interna entre los 75 y 89 años, y al igual que el estudio de Alamri, que presenta una prevalencia del 21,9%.

El presente estudio no presenta conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). INFORME RECALMIN 2017. 2017 [Disponible en: <https://www.fesemi.org/publicaciones/otras/informe-recalmin-2017>].
2. Zapatero-Gaviria A, Gomez-Huelgas R, Diez-Manglano J, Barba-Martín R, Carretero-Gomez J, Maestre-Peiró A, et al. - RECALMIN. Cuatro años de evolución de las Unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud (2013-2016). 2019. Revista Clínica Española. Journal Article.(4):171.
3. Gomez Clinical ML. [Influence of Family in the Patient with Neurological Pathology and Acute Confusional Syndrome]. Rev Enferm. 2017;40(4):41-6.
4. Vidán Astiz MT, García ES, Armesto MA, Errasquin BM, de la Casa AM, Ortiz FJ, et al. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008(3):133.
5. Alamri SH, Ashanqity OA, Alshomrani AB, Elmasri AH, Saeed MB, Yahya SA, et al. Delirium and correlates of delirium among newly admitted elderly patients: a cross-sectional study in a Saudi general hospital. Ann Saudi Med. 2018;38(1):15-21.
6. Salgado E, Antolín A, Rodríguez D, Bragulat E, Sánchez M, Miró Ò. Cuantificación de los efectos negativos de la sobrecarga invernal en urgencias y de la efectividad de las medidas extraordinarias invernales para paliarlos. Medicina Clínica. 2008;130(8):286-91.
7. Fontova Almató A. Prevalencia de delirium en un área de monitorización de urgencias. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47:38-44.
8. Crespo Domínguez F, Lozano RC, Almagro ASC, de la Cruz AS. - Prevalencia y factores de riesgo del síndrome confusional agudo en el adulto mayor en emergencias médicas. 2014. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Journal Article (2).

AUTORES/AUTHORS:

Nuria García Bonilla, Arturo González Sánchez, Ana Cecilia Marín Guerrero, Alicia Marcos García, Gerardo Ávila Martín

TÍTULO/TITLE:

La enfermera de farmacia (2ª fase): ¿Puede una intervención formativa mejorar el trabajo en el Servicio de Farmacia?

OBJETIVO

Según Romero (1), es común que el personal enfermero describa no saber qué funciones se realizan en el Servicio de Farmacia Hospitalaria, o que crean erróneamente, que sus funciones se limitan al montaje de carros intrahospitalarios. También es típico el alto nivel de estrés del personal de nueva incorporación motivado por el desconocimiento de las distintas funciones a realizar en el Servicio de Farmacia Hospitalaria comparadas con las que se realizan en las plantas hospitalarias o en las consultas externas. Por lo tanto, el objetivo de este estudio se centró en analizar si una intervención formativa mejora el grado de conocimiento de las funciones de enfermería para el trabajo en el Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Universitario Ntra. Sra. De Prado de Talavera de la Reina.

MÉTODOS

Se analizaron los datos obtenidos en la 2ª fase del proyecto: "La enfermera de farmacia: la eterna desconocida", con dictamen favorable del Comité Ético de Investigación con Medicamentos (CEIm) de la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina con fecha de 24 de septiembre de 2018 (Código CEIm 28/2018). El objetivo de la 1ª fase fue definir el grado de conocimiento del personal del Hospital Universitario Ntra. Sra. De Prado sobre las funciones de enfermería del Servicio de Farmacia Hospitalaria y para esta 2ª fase se diseñó un estudio quasi-experimental en el que se realizó una intervención formativa específica sobre las enfermeras participantes en el estudio.

Los criterios de inclusión utilizados fueron: ser enfermera del Hospital Universitario Ntra. Sra. De Prado, firmar el consentimiento informado y haber completado el curso en su totalidad. Y los criterios de exclusión: ser o haber sido enfermera del Servicio de Farmacia Hospitalaria por un periodo superior a 3 meses, estar en situación de baja laboral por jubilación, no firmar el consentimiento informado, no completar el curso de formación específico (realizar menos del 80% de la formación).

La intervención consistió en un curso de formación de 20 horas de duración acreditado como curso de formación continuada para enfermeros del Hospital Universitario Ntra. Sra. De Prado. El curso se dividió en diferentes bloques temáticos repartidos en 5 sesiones, de 4 horas de duración cada una, con la siguiente distribución:

1ª. Normativa y protocolos de actuación: normativa de uso de medicamentos peligrosos actualizada; protocolos internos de actuación en el Servicio de Farmacia Hospitalaria; visita guiada al Servicio de Farmacia Hospitalaria; y presentación de materiales utilizados en el servicio.

2ª. Campana de flujo laminar vertical: normativa del uso de medicamentos peligrosos en la campana de citostáticos; elaboración de citostáticos; equipos de protección individual; limpieza inicial de la campana; preparación de citostáticos diluidos y en polvo; videos explicativos de la preparación de diferentes fármacos; limpieza final de la campana; y práctica de uso de diferentes filtros.

3ª. Campana de flujo laminar horizontal: normativa de uso en la preparación de nutriciones parenterales y otros medicamentos; vestimenta adecuada; limpieza inicial de la campana; videos explicativos de la preparación de nutriciones parenterales y otros medicamentos; limpieza final de la campana; y práctica teórica sobre preparación de nutrición parenteral.

4ª Unidosis y PYXIS: videos explicativos de llenado, cambios y recalcule de carros de medicación; videos explicativos del funcionamiento de los pyxis (hojas para preparación de medicación para el llenado de los pyxis, llenado y funcionamiento del mismo); y prácticas de llenado de un carro.

5ª. Campana de seguridad biológica: explicación y videos explicativos de preparación de bcg y de sueros autólogos; limpieza inicial y

final de la campana; y equipos de protección individual; realización de scape-room sobre los contenidos impartidos en el curso de formación.

En la primera sesión se les pasó a los participantes un cuestionario autoadministrado "ad-hoc" de evaluación de conocimientos específicos de funciones de enfermería en el Servicio de Farmacia Hospitalaria, junto al documento de consentimiento informado correspondiente a la 2ª fase del proyecto. En la última sesión se procedió a pasar nuevamente el cuestionario de evaluación de conocimientos específicos de funciones de enfermería en el servicio de farmacia, con el objetivo de ver el grado de ampliación de conocimientos producido tras la intervención. Dicho cuestionario en formato papel presentaba preguntas dicotómicas, estructuradas y de selección múltiple distribuidas en 5 grandes bloques temáticos: capacidad para trabajar en el Servicio de Farmacia Hospitalaria de manera independiente, trabajo en campana de citostáticos, trabajo en campana de nutriciones, trabajo en campana de flujo laminar y trabajo en la unidosis. Los datos obtenidos fueron exportados a una base de datos de Microsoft Excel ® 2016 en la que todos los datos fueron totalmente anonimizados, no quedando reflejado ningún dato que pudiera vincular a los participantes con las respuestas emitidas.

Para el análisis estadístico se realizó un análisis de frecuencias para las variables de confusión (sexo, edad, universidad, docencia universitaria relacionada con Servicio de Farmacia Hospitalaria). Para la comparación de las variables cualitativas dicotómicas apareadas (capacidad para trabajar en el Servicio de Farmacia Hospitalaria, trabajo en cabinas y en la unidosis), se utilizó la Prueba de McNemar y para la comparación de variables cuantitativas con una distribución no normal (medicamentos preparados en campana de nutriciones), se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman. En el contraste de hipótesis se ha asumido un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$). Para realizar el análisis de los datos se utilizará el programa estadístico SPSS 22 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp).

RESULTADOS

Un total de 12 enfermeras comenzaron el curso de formación, aunque solo 11 lo completaron en su totalidad.

La creencia de la capacidad para trabajar en el Servicio de Farmacia Hospitalaria mostró diferencias estadísticamente significativas con respecto a la falta de conocimiento del funcionamiento del servicio ($P=0,031$) y al trabajo en las diferentes campanas ($P=0,008$), antes y después de la intervención.

Respecto al trabajo en la cabina de flujo laminar horizontal se detectaron diferencias en: tipo de campana utilizada ($P=0,031$), tipo de filtros para cargar medicación ($P=0,016$), orden de introducción de elementos en nutrición parenteral ($P=0,031$), conocimientos sobre colirios ($P=0,008$), medicamentos preparados en la campana de nutriciones (Coeficiente de correlación: $-0,209$, $P=0,538$).

En relación con el trabajo en la cabina de seguridad biológica también se observaron diferencias en cuanto al funcionamiento de la campana ($P=0,031$) antes y después de la intervención.

Sin embargo, no se detectaron diferencias significativas en cuanto al trabajo en la unidosis antes y después de la intervención formativa.

DISCUSIÓN

En este estudio se ha analizado si una intervención formativa mejora el grado de conocimiento de las funciones de enfermería para el trabajo en el Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Universitario Ntra. Sra. De Prado de Talavera de la Reina. Nuestra población estaba representada por una mujer enfermera de entre 36 y 45 años y que no ha recibido docencia universitaria sobre el trabajo en el Servicio de Farmacia Hospitalaria.

En la disciplina de enfermería, y más concretamente en las funciones que la enfermera desarrolla en el Servicio de Farmacia Hospitalaria, la mayoría de ellas están centradas en la elaboración y dispensación de medicamentos citostáticos, nutriciones parenterales (1, 2) mezclas intravenosas con medicamentos de alto coste, elaboración de colirios, preparación de los tratamientos de los pacientes ingresados (carros de planta) y la reposición de los pyxis (armarios semiautomatizados de dispensación de

medicamentos). Además, también se realizan funciones de gestión de material fungible, de investigación y de formación, entre otras. Con respecto a la capacidad para trabajar de manera independiente en el Servicio de Farmacia Hospitalaria, nuestro estudio ha encontrado diferencias estadísticamente significativas con respecto al desconocimiento del funcionamiento del servicio y al trabajo en las diferentes campanas, antes y después de la intervención. Podemos decir entonces, que nuestra intervención formativa podría estar potenciando la percepción sobre la capacidad del personal enfermero para trabajar en el Servicio de Farmacia Hospitalaria, no solo por la confianza que genera el conocimiento del funcionamiento del servicio, sino también por la capacitación para el uso de las campanas de preparación de la medicación.

En este escenario, es coherente que se hayan detectado diferencias significativas con respecto al trabajo en la cabina de flujo laminar horizontal en cuanto al tipo de campana utilizada, el tipo de filtros para cargar medicación, orden de introducción de elementos en nutrición parenteral, conocimientos sobre colirios y los medicamentos preparados en la campana de nutriciones. En cuanto a la cabina de seguridad biológica también se han observado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al funcionamiento de la campana antes y después de la intervención formativa.

No se detectaron diferencias significativas en cuanto al trabajo en la unidosis antes y después de la intervención formativa. Se trata de una situación justificable ya que el personal de enfermería de planta trabaja diariamente con los carros de medicación, por lo que es normal que tengan conocimiento de cómo se realiza el trabajo en la unidosis.

El 100% de las enfermeras participantes en este estudio aseguraron que no habían recibido docencia universitaria con respecto al funcionamiento del Servicio de Farmacia Hospitalaria. Es curioso observar que, aunque el Servicio de Farmacia Hospitalaria representa el 60% de la carga hospitalaria y las enfermeras tengan funciones muy definidas y de alta responsabilidad (1), en los planes de estudios superiores de enfermería no se imparten asignaturas específicas de «Enfermería en Farmacia» que permita cualificar a dichas enfermeras para el trabajo en los Servicio de Farmacia Hospitalaria. Sí se imparten asignaturas de «Farmacología», centrándose única y exclusivamente en el estudio de los diferentes fármacos, sus funciones, efectos adversos, etc., pero que no plantean una aplicación práctica del trabajo de enfermería con dichos fármacos (3, 4).

Podemos concluir que, ante la falta de formación reglada sobre las funciones a realizar la enfermera del Servicio de Farmacia Hospitalaria, se vuelve necesario impartir cursos de formación continuada que permitan cualificar a las enfermeras. Se ha comprobado que una intervención formativa mejora el conocimiento del funcionamiento y del trabajo realizado en el Servicio de Farmacia Hospitalaria, aumentando la seguridad de las enfermeras en cuanto a la capacidad de trabajar en dicho servicio de manera autónoma

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Romero, G. (2015). La desconocida enfermera de la farmacia hospitalaria. Recuperado de <http://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/noticias/item/15649-la-desconocida-enfermera-de-la-farmacia-hospitalaria>
2. Hospital General Gregorio Marañón. (2015). En primera línea: Enfermera de Farmacia. Recuperado de <https://diarioenfermero.es/la-desconocida-enfermera-de-la-farmacia-hospitalaria/>
3. Universidad de Castilla La Mancha (UCLM) (s.f.). Plan estudios de enfermería. Recuperado de <https://previa.uclm.es/ab/enfermeria/gradoEnfermeria/plan.asp>
4. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (s.f.). Plan estudios de enfermería. Recuperado de <http://oferta.unam.mx/carrera/archivos/planes/enfermeria-eneo-planestudio13.pdf>

POSTER 3**AUTORES/AUTHORS:**

María del Carmen Cejudo Hontiyuelo

TÍTULO/TITLE:

Impacto de una intervención enfermera en la calidad de vida en el trasplante hepático. Proyecto de investigación.

1. INTRODUCCIÓN:

El trasplante hepático (TH) mejora la calidad de vida de los trasplantados, pero sin alcanzar cifras de la población general. Intervenciones de educación sanitaria para incrementar la calidad de vida durante el proceso de trasplante han sido escasamente estudiadas.

PALABRAS CLAVE:

Trasplante de hígado/liver transplantation, educación en salud/health education, calidad de vida/quality of life, enfermería de práctica avanzada/ advanced practice nursing, ensayo clínico/ clinical trial.

2. OBJETIVO:

Determinar el impacto de una intervención de educación sanitaria y seguimiento individualizado, liderada por una enfermera referente en TH, en la calidad de vida y niveles de ansiedad-depresión en adultos sometidos a TH y sus cuidadores informales.

3. METODOLOGÍA:

Ensayo clínico controlado y aleatorizado de dos brazos paralelos.

El estudio se llevará a cabo en adultos sometidos a TH en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid y en sus cuidadores principales. La selección de sujetos se hará en base a criterios de inclusión y exclusión (datos sociodemográficos y clínicos).

Como variables dependientes principales, la calidad de vida se determinará mediante el Short Form-36 Health Survey (SF-36), el Cuestionario específico de calidad de vida en trasplante hepático y el Índice de esfuerzo del cuidador; y la ansiedad y depresión, se determinará mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Se recogerán otras covariables relevantes o que puedan actuar como variables confundidoras (datos sociodemográficos y clínicos).

Los pacientes serán captados en la consulta de hepatología cuando se incorporen a la lista de trasplante hepático. Los pacientes y sus cuidadores se incluirán en uno de los dos grupos, intervención o control, mediante asignación aleatoria realizada con Epidat 3.1.

En el grupo control se continuará con la prestación de cuidados y educación sanitaria habitual en el servicio, que se lleva a cabo de forma no sistematizada.

Los pacientes y sus cuidadores del grupo intervención se incluirán en un programa sistematizado de educación sanitaria y seguimiento individualizado, liderado por una enfermera referente en TH. Se iniciará en el momento de inclusión en lista de espera y contará con un mínimo de una visita pre-trasplante, 4 en el post-trasplante durante el ingreso en la planta de hospitalización y 3 visitas de seguimiento tras el alta hospitalaria, tratando unos temas establecidos.

La recogida de datos de las variables principales se realizará en el pre-trasplante, 1 mes y 3 meses post-trasplante.

Se estima necesaria una muestra de 98 sujetos (49 en cada grupo), calculada con Epidat 3.1 en base a la variable resultado principal calidad de vida (SF-36), para detectar una diferencia de medias de 15 puntos, con una potencia de estudio del 80%, asumiendo un 10% de pérdidas.

El análisis de datos se hará con el programa SPSS v.25. Las diferencias de medias entre grupos para las variables principales se compararán usando el test T de Student y ANOVA.

4. IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Las enfermeras debemos convertirnos en referentes en educación sanitaria en los procesos de TH. Con nuestras actuaciones no sólo debemos buscar mejoras clínicas o de conocimientos, sino que tenemos que intentar capacitar en autocuidado para que se incremente la calidad de vida de todos los implicados en el proceso, tanto pacientes como cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- López-Navas AI, Ríos A, Vargas Á, Pons JA, Martínez-Alarcón L, Ruiz-Manzanera JJ, et al. Psychological profile and disease-coping strategies of patients on the waiting list for liver transplantation. *Cir Esp.* 2019;97(6):320-8.
- Martín-Rodríguez A, Pérez-San-Gregorio MA, Domínguez-Cabello E, Fernández-Jiménez E, Bernardos-Rodríguez Á. Biopsychosocial functioning among cirrhotic patients in various stages of transplant process in comparison to liver transplant recipients. *An Psicol.* 2014;30(1):83-92.
- Mendoza-Sánchez F, Ramírez-González LR, Reyes-Cruz AA, González-Ojeda A, Hernández-Machuca JS, Fuentes-Orozco C. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con trasplante hepático. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54(2):176-81.
- Pérez-San-Gregorio M., Martín-Rodríguez A, Pérez-Bernal J, Maldonado M. Quality of Life in Spanish Patients with Liver Transplant. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal.* 2010;6(1):79-85.
- Young AL, Rowe IA, Absolom K, Jones RL, Downing A, Meader N, et al. The effect of Liver Transplantation on the quality of life of the recipient's main caregiver – a systematic review. *Liver Int.* 2017;37(6):794-801.

POSTER 4**AUTORES/AUTHORS:**

Núria Camacho Riera, Cristina García Castellón, Natàlia Reñé Puigfel

TÍTULO/TITLE:

Técnica del lavado nasal en lactantes de 0 a 6 meses con bronquiolitis aguda en servicios de urgencias hospitalarias.

Introducción. La bronquiolitis aguda es la enfermedad infecciosa vírica del tracto respiratorio inferior más frecuente en la primera infancia, que se define como el primer episodio de sibilancias del lactante menor de 12 meses. La clínica inicial es congestión nasal y tos que puede evolucionar a infección de vías bajas manifestándose con disnea, distrés respiratorio y aleteo nasal. El virus respiratorio sincitial (VRS) es el agente etiológico más frecuente, con un pico de incidencia máximo de noviembre a febrero, siendo el responsable del 70 - 80% de las bronquiolitis.

El tratamiento farmacológico de la bronquiolitis es controvertido, ya que varía según el protocolo de cada centro y se siguen usando fármacos como los antibióticos, broncodilatadores, antivirales, etc. pese haberse demostrado no ser eficaces. Lo que las guías de práctica clínica sí recomiendan son los cuidados de apoyo como la oxigenoterapia, los lavados nasales, la aspiración suave de secreciones y el fraccionamiento de la ingesta, entre otros.

El lavado nasal es una técnica no invasiva de limpieza de las fosas nasales con suero a presión que mejora la permeabilidad de la vía aérea superior, disuelve el moco, limpia la mucosa y reduce el edema, facilitando así la respiración del lactante y mejorando su saturación de oxígeno. Según la evidencia científica actual, no existe un consenso sobre cómo se deben realizar, habiendo controversia en cuanto al tipo de suero, la cantidad y la presión que hay que utilizar para que sea efectivo y seguro.

Objetivo. Analizar la aplicación de la técnica del lavado nasal con suero en lactantes de 0 a 6 meses diagnosticados de bronquiolitis aguda en los servicios de urgencias de pediatría de hospitales de tercer nivel asistencial de Cataluña.

Ámbito de estudio. Los servicios de urgencias de pediatría de 4 hospitales de tercer nivel asistencial: Hospital Universitari de la Vall d'Hebron (Barcelona), Hospital Universitari Joan XXIII (Tarragona), Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Lérida) i Hospital Universitari Josep Trueta (Gerona).

Metodología. Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico. Sujetos de estudio: Lactantes de 0 a 6 meses que acuden a los servicios de urgencias de pediatría de los hospitales seleccionados; muestreo no probabilístico accidental.

Muestreo por conveniencia de las enfermeras participantes. Variables de estudio: Técnica de los lavados nasales y sus efectos, satisfacción de los profesionales de enfermería y de los padres/ acompañantes de los lactantes. Recogida de datos: Mediante un cuestionario que incluye la Sant Joan de Déu Score y cuestionarios de satisfacción para las enfermeras y los padres, ad hoc autocumplimentados. Se iniciará en enero y finalizará en febrero del 2021. Análisis de datos: IBM SPSS Statistics.

Limitaciones. No alcanzar la muestra recomendada en el período de tiempo previsto y posible sesgo de información por datos incompletos o erróneos.

Aplicabilidad. Proporcionar una visión general sobre las características y utilización de los lavados nasales en la atención sanitaria pediátrica y así poder establecer recomendaciones sobre la realización y educación sanitaria de esta técnica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. García ML, Korta J, Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. *Protoc diagn ter pediatr.* 2017;1:85-102.
2. Bronquiolitis – SENP – Sociedad Española de Neumología Pediátrica. [Citado 11 mayo 2020], Accesible en: <https://neumoped.org/bronquiolitis/>
3. Rivas, C. Rius, JM. La variabilidad en el manejo de la bronquiolitis. ¿Por qué no hacemos lo que leemos? *Acta Pediatr Esp.* 2016; 74(7): e142-e148.
4. Beigelman, A. Isaacson-Schmid, M. Sajol, G. Baty, J. Rodriguez, O. Leege, E. et al. Randomized trial to evaluate azithromycin's effects on serum and upper airway IL-8 levels and recurrent wheezing in infants with respiratory syncytial virus bronchiolitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2015; 135(5): 1171-1178.
5. Guía práctica clínica: Bronquiolitis / A practical clinical guide: bronchiolitis | Baquero Rodríguez | *Revista Científica Salud Uninorte* [Internet]. [Citado 15 de mayo de 2020]. Accesible a: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/1832/5775#4>
6. Gil-Prieto, R., Gonzalez-Escalada, A., Marín-García, P., Gallardo-Pino, C., Gil-De-Miguel, A. Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis in Children up to 5 Years of Age in Spain: Epidemiology and Comorbidities. *Medicine (United States)*, 94(21). 2015;

[Citado 15 de mayo 2020] Accesible en: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000831>

7. Asociación Española de Pediatría | La bronquiolitis alcanza esta semana su pico máximo de incidencia en España [Internet].

[Citado 11 de Mayo 2020]. Accesible en:

<https://www.aeped.es/noticias/bronquiolitis-alcanza-esta-semana-su-pico-maximo-incidencia-en-espana>

8. Instituto Nacional de Estadística [Sede Web] Madrid. Instituto Nacional de Estadística: 1996 [actualizada el 13/05/2020; acceso el 02/04/2020] Accesible en :<https://www.ine.es/>

9. González, I. 2018. Efectividad de una intervención educacional en la afectación de la bronquiolitis aguda en lactantes. Tesis doctoral. [citado 15 de mayo 2020]. Accesible en:

https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/665479/2019_Tesis_Gonzalez%20Gomez_Isabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10. Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Bronquiolitis – SENP – [Sede Web]. [citado 11 de Mayo de 2020]. Accesible a: <https://neumoped.org/bronquiolitis/>

11. Norris CL. O'Neal PV. Adams ED. Wyatt TH. Nasal Airway Clearance for Bronchiolitis. MCN. 2018; 43(6): 318-323.

POSTER 5**AUTORES/AUTHORS:**

Sara Gonzalez Martin, Alba Ropero Palacios, Roser Piarnau Ribera

TÍTULO/TITLE:

Impacto emocional de los padres al ingreso del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

INTRODUCCIÓN: El ingreso de un recién nacido (RN) en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) ya sea por su prematuridad como por presentar una patología o una anomalía congénita, provoca en los padres un impacto emocional negativo, que puede interferir en el establecimiento del vínculo padres-hijo/a. Genera en los padres estrés, ansiedad y depresión que variará según las causas del ingreso, diagnóstico y pronóstico. Por lo que, en los últimos años, los profesionales de enfermería han ido introduciendo actividades para humanizar los cuidados neonatales teniendo en cuenta las necesidades de cada familia y, promoviendo su implicación en la recuperación de su hijo/a.

OBJETIVO: Analizar el impacto emocional en los padres de los RN ingresados en la UCIN.

METODOLOGIA: Diseño. Estudio observacional descriptivo longitudinal que se realizará en la UCIN del Hospital de San Juan de Dios (HSJD) de Esplugues de Llobregat (Barcelona).

Sujetos de estudio. Padres de los RN ingresados en la UCIN en el periodo comprendido entre Enero y Diciembre de 2021. No se incluirán en el estudio los padres con RN prematuro con una edad gestacional inferior a 28 semanas, los padres con barrera idiomática y los que tengan un RN ingresado en la cuna de transición con una estancia no superior a 12 horas.

Tamaño de la muestra. Si se tiene en cuenta que en el año 2019 se registraron 550 ingresos en la UCIN del HSJD, cabe esperar que el tamaño de la muestra sea, aproximadamente, de unos 440 sujetos calculando un 20% de pérdidas.

Muestreo. Se utilizará un muestreo de tipo no probabilístico accidental o consecutivo.

Variables de estudio. Sociodemográficas, obstétricas, del RN y del estado emocional de los padres.

Recogida de datos. Se utilizará un cuestionario online (tablet) que cumplimentará los profesionales de enfermería de la unidad mediante entrevista con los padres en el momento que se planifique el alta del RN.

Análisis de los datos. Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables. Para describir las variables cualitativas se utilizará frecuencias y porcentajes, y para las cuantitativas estadísticas, descriptivos básicos como media con desviación estándar o mediana con mínimo y máximo según la distribución de las variables. Posteriormente se realizará un análisis bivalente para describir la relación entre variables, se calculará la prueba de la t de Student, si las variables cuantitativas siguen una distribución normal; en caso contrario, se calculará la prueba equivalente no paramétrica U de Mann-Whitney. Para realizar el análisis de los datos se utilizará el software estadístico SPSS v.26.0.

APLICABILIDAD: En el ámbito asistencial, este estudio permitirá conocer los perfiles y el impacto emocional de los progenitores que genera el ingreso de sus RN en la UCIN. A partir de estos conocimientos se podrán elaborar estrategias, como un protocolo de acogida a los padres en el ingreso, o una intervención de soporte emocional para minimizar la situación de estrés por la que están pasando. En el ámbito de la investigación, los resultados de este estudio se podrían ampliar con una investigación cualitativa con la finalidad de analizar la vivencia de los progenitores desde su propia experiencia.

Las autoras declaran no tener ningún potencial conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1-Canales Poma, F. M., & Llanos Acuña, J. Ú. (2017, Mayo 26). Factores hospitalarios y el nivel de estrés en madres de recién nacidos prematuros en un hospital nacional. From <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/969>

2-Martín García, L. (2019). Cuidados psicosociales dirigidos a los padres en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Conocimiento enfermero. Revista científica del CODEM, 2(4), 23. From <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/65>

3-Gómez María, C. (2015). Guía para padres de bebés nacidos prematuros. La internación. Interdisciplinaria. Revista de psicología y Ciencias AFines., 32(2), 347-366. From <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18043528009>

POSTER 7

AUTORES/AUTHORS:

María Sánchez Blázquez

TÍTULO/TITLE:

Protocolo de Investigación: Cardiopatía Isquémica inducida por estrés en mujeres con enfermedad coronaria obstructiva

INTRODUCCIÓN: se quiere demostrar la relación entre el mismo y el desarrollo de cardiopatía isquémica, con el fin de que puedan llevarse a cabo medidas para concienciar de cómo un nivel elevado de estrés aumenta el riesgo de padecer cardiopatía isquémica en las mujeres y así poder hacer recomendaciones a las mismas.

OBJETIVO: evaluar la asociación entre el estrés y la cardiopatía isquémica, tras 10 años de seguimiento, en mujeres de entre 18 y 70 años con diagnóstico de enfermedad coronaria obstructiva.

MÉTODO

DISEÑO : estudio observacional de seguimiento de una cohorte durante 10 años. Periodo de seguimiento: del 01/09/2020 al 30/09/2030.

ÁMBITO DE ESTUDIO: áreas de Salud de Ávila, Segovia y Salamanca, que da cobertura sanitaria a una población del entorno urbano, semirural y rural.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: unas 500 mujeres de entre 18 y 70 años de las provincias de Ávila, Segovia y Salamanca con diagnóstico incidente (realizado en el último mes) de enfermedad coronaria obstructiva que deseen participar en el estudio.

-Criterios de exclusión: mujeres con dificultades para la comunicación con el personal sanitario (deterioro sensorial, cognitivo, barrera por idioma), con procesos o patologías concomitantes que desaconsejen la participación en el estudio (enfermedades psiquiátricas graves, enfermedades terminales, cáncer, fallo renal, alcoholismo, drogodependencia, obesidad mórbida, embarazo o lactancia) y que no acepten participar en el estudio.

-Criterios de retirada: cualquier situación por la que durante el desarrollo del estudio hayan adquirido problemas de comunicación con el personal sanitario, tales como alteraciones cognitivas o sensoriales, que no residan en el ámbito de estudio o que la paciente desee abandonar el estudio.

-Tamaño muestral: se calculará el tamaño muestral aceptando un riesgo alfa de 0.05 y una tasa de pérdidas de seguimiento del 15%.

-Tipo de muestreo: no se realizará muestreo, se incluirá a todas las mujeres que cumplan la definición de población de estudio hasta alcanzar el tamaño muestral.

VARIABLES:

-Dependiente: cardiopatía isquémica.

-Independiente: nivel de estrés.

-Covariables: sociodemográficas, relacionadas con el estrés, con el estado de salud, con el estilo de vida, con otros factores de riesgo y factores de protección de la cardiopatía isquémica y con la cardiopatía isquémica.

FASES DE ESTUDIO:

- Fase 1.- Reclutamiento de los profesionales sanitarios.
- Fase 2.- Preparación del estudio.
- Fase 3.- Prueba Piloto.
- Fase 4.- Selección de la población de estudio.
- Fase 5.- Reclutamiento de las pacientes y valoración inicial.
- Fase 6.- Seguimiento.
- Fase 7.- Cierre de la recogida de datos.
- Fase 8.- Análisis de los datos y difusión de los resultados.

APARATAJE:

- Cuestionario para Angina de Seattle.
- Escala de estrés de Holmes Rahe.
- Escala del estrés percibido (PSS-14) de Cohen.
- Cuestionario validado de Adherencia a la Dieta Mediterránea.
- Cuestionario IPAQ sobre actividad física.
- Báscula con escala digital (SECA® modelo 220) y Tallímetro rígido estandarizado (SECA® modelo 220) para la evaluación del IMC.

PLAN DE ANÁLISIS:

Los datos serán analizados de acuerdo con la herramienta del Strobe Cohort Studies¹². Se realizará estadística descriptiva de todas las variables de estudio mediante la media, desviación estándar e intervalo de confianza al 95% o mediana y rango intercuartil en las variables cuantitativas (según su distribución) y mediante proporciones e intervalo de confianza al 95% en las variables categóricas.

Se utilizará el test de t-Student o la U-Mann-Whitney (según la distribución de frecuencias de las variables estudiadas) para la comparación de medias o medianas entre dos categorías, 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. Se empleará como medidas de asociación el riesgo relativo (RR).

Se realizarán análisis de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier (univariante) y regresión de Cox (multivariante) para evaluar la asociación entre la variable dependiente, las independientes y las covariables que hayan resultado ser de interés en el análisis bivariado. Todos los análisis se harán ajustando por los potenciales factores de confusión y las posibles variables clínicas relevantes. Se emplearán modelos de análisis longitudinal. Todas las pruebas se realizarán con un nivel de confianza del 95% a nivel bilateral y el paquete estadístico utilizado será el SPSS versión 20.

PALABRAS CLAVE: myocardial ischemia, women, mental stress, coronary artery disease.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS: no existe conflicto de interés en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Mompert García MP, Ferrer Ferrandiz E, Morán Peña L, Quintero Laverde MC, editores. Síndrome Coronario Agudo. Enfermería de urgencias y emergencias. Volumen 1. España: DAEeditorial. Grupo Paradigma; 2017. p. 321-332
2. Alcalá López JE, Maicas Bellido C, Hernández Simón P, Rodríguez Padial L. Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo pronóstico y prevención [Internet]. España: Elsevier; 2017 [Consultado 20 de Febrero de 2020]. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541217301567>
3. Sanchis Gomar F, Perez Quilis C, Leischik R, Lucia A. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. ATM. 2016;4 (13): 256 [Consultado 20 de Febrero de 2020]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4958723/>
4. Rohlf I, Garcia MM, Gavalda L, Medrano MJ, Juvinya D, Baltasar A et al. Género y cardiopatía isquémica. Gac Sanit [Internet]. 2004 Oct [Citado 25 de Febrero de 2020]. 18(5): 55-64. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500008
5. Desconocido. Más muertes por las mismas enfermedades: así fallecieron los españoles el año pasado. Diario médico [Internet]. España: 2017 [Consultado el 20 de Febrero de 2020]. Disponible en:
<https://www.diariomedico.com/salud/mas-fallecimientos-por-lasmismas-enfermedades-asi-se-murio-en-espana-el-ano-pasado.html>
6. Sociedad Española de Cardiología. El Sur de España y Levante encabezan la mortalidad cardiovascular del país [Internet]. España: INE; Enero 2020 [Consultado 20 de Febrero de 2020]. Disponible en:
<https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/11279-el-sur-de-espana-y-levante-encabezan-lamortalidad-cardiovascular-del-pais>
7. Cisneros Sánchez LG, Carrazana Garcés E. Factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2013;29(3):369-378 [Consultado el 25 de Febrero de 2020]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v29n4/mgi10413.pdf>
8. Ortega Torres YY, Armas Rojas NB, Dueñas Herrera A, de la Noval García R, Acosta González M. Prevención primaria de la cardiopatía isquémica. Aspectos de interés. Rev Cuban Cardiol [Internet]. 2015 [Consultado 26 de Febrero de 2020]; 21(1): [aprox. 7p.]. Disponible en:
<http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/566/723>

POSTER 8**AUTORES/AUTHORS:**

Helena Fernández-Lago, Erica Briones-Vozmediano, Carolina Climent-Sanz, Daniel Sanjuán-Sánchez, Pere Bosch-Barceló

TÍTULO/TITLE:

Impacto de la pandemia del COVID-19 en la fisioterapia: resultados preliminares de un estudio cualitativo.

OBJETIVOS: Explorar las percepciones y experiencias de los /las fisioterapeutas de diferentes perfiles laborales sobre el impacto que la pandemia de COVID-19 puede causar en su actividad laboral, en la práctica asistencial y en la visión general de la fisioterapia.

MÉTODOS: Estudio cualitativo basado en entrevistas personales semiestructuradas a través de videoconferencia a una muestra teórica y heterogénea de 16 fisioterapeutas (sexo: 13 F y 3 M; edad 35.06 ± 6.41 años) de diferentes sectores laborales (público, privado y semipúblico), especialidades (geriatría, neurología, pediatría, cardiorrespiratoria, UCI, pelviperineología, terapia manual y deporte), responsabilidades y experiencia laboral. Las transcripciones se importaron al software NVIVO para su análisis cualitativo basado en el razonamiento inductivo.

RESULTADOS: Se identificaron dos temas principales: i) Las diferencias entre los sectores público, privado y semipúblico, y ii) el impacto del COVID-19 en los modelos asistenciales y en la visión general de la fisioterapia. Los/las participantes también indicaron que el COVID-19 impacta a la fisioterapia de forma positiva en algunos aspectos y negativa en otros.

Las principales diferencias a nivel de sectores consisten en la reasignación de los fisioterapeutas a diferentes puestos y funciones en el sector público; la cesación voluntaria de la actividad excepto en casos graves a nivel telemático o domiciliario en el sector privado, y; la paralización de la actividad laboral hasta la reincorporación con estrictos protocolos profilácticos de por medio.

En cuanto a los aspectos positivos y negativos mencionados, es positivo para los fisioterapeutas: 1) la implantación de protocolos, intervenciones educativas y la prescripción de ejercicio, 2) la mejora de la conciliación familiar, 3) la visibilidad a las especialidades de respiratoria y UCI y 4) la mejora del sentido corporativo. Para los pacientes es positivo: 1) el aumento de su autonomía y 2) un mayor tiempo de intervención. Como aspectos negativos, para los fisioterapeutas: 1) supone una incomodidad el uso de equipos de protección, 2) se disponía de escaso conocimiento acerca de medidas profilácticas antes de la pandemia excepto en ciertas especialidades, 3) las consecuencias económicas de la pandemia y 4) las afectaciones psicológicas derivadas; y para los pacientes: 1) el incremento de las listas de espera y 2) el empeoramiento funcional de pacientes COVID, ancianos, pacientes inmunodeprimidos, con deterioro cognitivo y pacientes con menos recursos económicos.

DISCUSIÓN: La pandemia ha puesto de manifiesto cómo afecta el modelo asistencial según cada sector y especialidad en la calidad de la atención percibida tanto en fisioterapeutas como pacientes. A pesar del impacto negativo de la pandemia a nivel económico para la fisioterapia y funcional para los pacientes, también se percibió como una oportunidad para mejorar la calidad del servicio ofrecido. Las diferencias percibidas entre sectores y especialidades dentro de la fisioterapia manifiestan la necesidad de un análisis profundo de la situación de la profesión ya que, por ejemplo, el aumento llamativo de la visibilidad de las especialidades a causa de la pandemia reclama su regulación. Por último, las afectaciones psicológicas como la ansiedad o el

insomnio por la proximidad a infectados o la incertidumbre laboral y económica necesitan un seguimiento próximo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-

POSTER 14**AUTORES/AUTHORS:**

Lourdes Vidal Domenech, Lopez Azcona Ana Felisa, Molina Chueca Ramón, Gonzalez del Pilar Concepción, Brianso Florencio Maria

TÍTULO/TITLE:

Análisis del impacto en la tasa de contaminación de hemocultivos de la implantación de un nuevo protocolo de extracción

El hemocultivo es una técnica diagnóstica de bacteriemia. La contaminación de la muestra da lugar a falsos positivos que determinan una orientación diagnóstica equivocada. El tratamiento implica para el paciente antibiótico-terapia y días de ingreso hospitalario adicionales. El coste del hemocultivo contaminado no es tan solo económico sino que repercute en la salud emocional de nuestros pacientes.

Todos estos aspectos no se tienen en cuenta cuando realizamos una extracción en momentos de carga asistencial.

Tener la técnica interiorizada es fundamental a la hora de evitar la contaminación de la muestra

El aumento de la tasa de contaminación en nuestro centro determinó la revisión y la difusión del protocolo de extracción por parte del departamento de metodología enfermera.

OBJETIVO

Analizar el efecto de la revisión de un protocolo en la tasa de contaminación de hemocultivos.

MATERIAL Y METODOS

Se unificaron los protocolos existentes en uno transversal para todo el centro. Posteriormente se redactaron unas instrucciones breves que se difundieron en formato poster por todas las unidades.

Esta difusión a modo sesión corta de 15 minutos de duración se realizó de manera práctica. Esta sesión comparaba la realización correcta de la técnica siguiendo los pasos del protocolo, con la realización de la técnica sin medidas de asepsia.

Posteriormente se resolvían las dudas y se rellenaba una encuesta para valorar la adquisición de los conocimientos de 8 preguntas tipo test. .

Posteriormente se reevaluaban los conocimientos con la misma encuesta en las sesiones sobre otros temas impartidas por metodología.

RESULTADOS

A partir de los protocolos existentes y de la evidencia se elaboró un protocolo basado en la evidencia y teniendo en cuenta también los protocolos existentes en el centro y se redactó una instrucción breve.

Se repartieron las instrucciones en todas las unidades y se introdujeron junto al protocolo en el repositorio documental de la intranet. Se realizaron sesiones de día y de noche formando a 250 personas en total de todos los turnos.

El resultado obtenido de la encuesta nos llevó a reforzar los conocimientos sobre la técnica aséptica y sobre la cantidad de muestra recogida en la extracción. El 90% de los encuestados desconocía la tasa de contaminación de los hemocultivos en su unidad de trabajo, por lo que se hizo difusión.

La tasa de hemocultivos disminuyó de manera drástica en 3 puntos a los tres meses de iniciar la formación oscilando en los meses siguientes sobre el 6%. En total durante el año 2019 de 6243 hemocultivos 356 salieron contaminados (un 6%) mientras que en 2018 de 6518 hemocultivos 510 se contaminaron (un 8%).

DISCUSIÓN , EFECTOS PARA LA PRÁCTICA

La unificación de criterios mediante un protocolo basado en la evidencia y la difusión práctica mediante sesiones cortas, son un método eficaz para la reducción y de la tasa de hemocultivos.

La práctica basada en protocolos actualizados aumenta la calidad asistencial representando un beneficio para nuestros pacientes y reduciendo el gasto sanitario.

El feed-back de manera cíclica con los profesionales del equipo de enfermería sobre la tasa de contaminación de hemocultivos resolviendo dudas y actualizando conocimientos es necesario

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Protocols de Procediment de treball davant la sospita de bacterièmia per catèter i procediment de cultiu . Laboratori de referencia de Catalunya 23/11/2012

- Rodríguez Díaz J.C., Guna Serrano M.R., Larrosa Escartín N., Marín Arriaza M. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica Diagnóstico microbiológico de la bacteriemia y la fungemia SEIMC num 62: hemocultivos y métodos moleculares. ISBN: 978-84-697-8208-8.. Any 2017.
- De Dios García B, Lladò Maura Y, Val-Pérez JV, Arévalo Rupert JM, Company Barceló J, Castillo-Domingo L, Fernández V, Pérez-Seco MC, del Castillo Blanco A, Borges-Sa M. . Effectiveness of an educational program for reducing blood culture contamination]. *Enferm Clin.* 2014 Mar-Apr;24(2):111-7. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.10.004. Epub 2013 Dec 12. Spanish. PMID: 24332834
- Cayuela Hernandez, A., Hernandez Torres, E, Moral Escudero, A., Mateo Lopez A., Molina Cifuentes M., Extracción de Hemocultivos ¿ Sabemos Hacerla?. Hospital Virgen De La Arrixaca De Murcia . Congreso SEIMC Madrid 2019.
- Al-Hamad A., Al-Ibrahim M., Alhajhouj E., Al-Alshaikh Jaffer W., Altowaileb J., Alfaraj H.. Nurses' competency in drawing blood cultures and educational intervention to reduce the contamination rate PMID: 26166815. Disponible en pudmed. . PMID: 26166815

POSTER 16**AUTORES/AUTHORS:**

M^a DOLORES ROLDÁN VALCÁRCEL, ANA MYRIAM SEVA LLOR, M^a FUENSANTA HELLÍN GIL, MARZENA MIKLA, EDUARDO ROS GONZÁLEZ, ANA ISABEL GAMBIN GARCÍA, M^a DOLORES MEROÑO RIVERA, SERGIO SÁNCHEZ SORIANO, FRANCISCA MARTINEZ SELMA

TÍTULO/TITLE:

MEDICIÓN DE TIEMPOS: CUIDADOS ENFERMEROS, BASADOS EN INTERVENCIONES NIC, REALIZADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

OBJETIVO: Identificar las intervenciones/actividades desarrolladas por el personal de enfermería en una Unidad de Hospitalización médico-quirúrgica, usando el lenguaje estandarizado NIC, y analizar la distribución de los tiempos de trabajo durante el periodo de estudio.

MÉTODO: Estudio transversal, observacional y descriptivo de la actividad realizada por una enfermera asistencial en una Unidad de Hospitalización Médico-Quirúrgica, durante una semana de 35 horas laborales, por dos observadores externos que cuantificaron todas las actividades que realizaba durante su turno de trabajo a todos los pacientes que cuidaba, cronometrando el tiempo destinado a la ejecución de cada una de ellas. El instrumento utilizado para guiar la observación fue una lista de intervenciones enfermeras seleccionadas a partir de la Taxonomía de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), donde cada intervención incluye un conjunto de actividades de cuidado relacionadas. A su vez, cada una de ellas tiene asignado un tiempo estándar adjudicada por la NANDA, y que intentamos, mediante este estudio, comprobar si se ajusta a la realidad asistencial actual, realizando un mapeo entre los tiempos estandarizados y los obtenidos en este estudio que presentamos, al mismo tiempo que estudiamos la frecuencia de realización de las intervenciones NIC en una unidad de hospitalización real.

No existe conflicto de intereses.

RESULTADOS: Se identificaron un total de 760 intervenciones de enfermería, en 38 pacientes evaluados. El tiempo de dedicación profesional estimado, según la contabilización propuesta por la NIC, fue de 28.160 minutos, unas 460 horas, para el total de las intervenciones realizadas, cuando el periodo de estudio delimitado fue de 35 horas en una semana.

Las intervenciones medidas con más frecuencia fueron:

- "Administración de medicación" (código NIC: 230): En el desayuno y comida se realiza esta intervención en el 39,9% de los pacientes, y hasta 4 veces durante el turno de trabajo en un 36,8%. En total, se realiza entre 2 y 4 veces en un 81,6% de los pacientes estudiados. Tiempo NIC=30 min.
- "Manejo de la medicación" (código NIC: 2380): Referida a la preparación de la medicación, que se encuentra en relación directa con la anterior, y que se realizó 2 veces en el turno en un 28,9%, y una única vez en el 42,1%. Tiempo NIC=30 min.
- "Oxigenoterapia" (código NIC:3320) y "Fomentar la implicación familiar" (7110): se produjeron en el 23,7% de los pacientes. Tiempo NIC=60 min.

En orden decreciente de frecuencia, les siguen otras como "Análisis de la situación sanitaria" (6520), es decir, la comunicación entre las enfermeras para recopilar la información necesaria sobre el paciente, que tuvo lugar en un 31,6%, y la "Gestión de llamadas telefónicas", que se produjo entre 1 y 4 ocasiones en un 36,8% del total de las intervenciones observadas.

Las intervenciones NIC realizadas en todos los pacientes, independientemente de la frecuencia de aparición, fueron:

- "Control de infecciones" (6540).
- "Flebotomía: vía canalizada" (4235).
- "Monitorización de los signos vitales" (6680).
- "Documentación" (7920).
- "Informe de turnos" (8140).
- "Preceptor: estudiante" (7726).

Con respecto a la media de intervenciones de enfermería por paciente, se realizaron unas 15,87, con una media de minutos por cada intervención de 37,17 minutos, considerando el tiempo asignado por NIC a cada una de ellas. El total de tiempo, sumando el tiempo asignado para cada intervención, según taxonomía NIC, fue de 28.160 minutos, es decir, un total de 469,31 horas estimadas como las necesarias para la realización teórica de todas ellas, cuando en realidad se observaron 35 horas.

En cuanto al número de intervenciones por paciente, el rango mínimo fue de 8 y un máximo de 56 intervenciones de enfermería registradas en un turno a un solo paciente, siendo el tiempo asignado por taxonomía NIC de 365 minutos a 1940 minutos.

DISCUSIÓN: La identificación de las intervenciones/actividades del personal de enfermería observadas, permite medir el tiempo necesario que se emplea para garantizar una adecuada asistencia de los pacientes en situaciones reales, observándose una excesiva carga de trabajo de los profesionales de enfermería en Unidades de Hospitalización de Adultos. El análisis de la distribución de los tiempos para poder estudiar las cargas de trabajo enfermeras, evidencia la diferencia entre el tiempo real en su realización y el tiempo estimado estandarizado para cada una, y por tanto, la carga de trabajo enfermera. La complejidad del tema de estudio y los resultados obtenidos, evidencian la necesidad de seguir investigando en herramientas que permitan, de una manera más segura, calcular los tiempos de cada intervención en situación real, para calcular la ratio enfermera/paciente adecuada y más ajustada a las necesidades reales de cuidado de los pacientes, siendo de gran utilidad para la gestión de recursos humanos de enfermería en Unidades de Hospitalización de Adultos, y conseguir que las necesidades reales de cuidado se ajusten a la distribución de dicho personal.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Abad-Corpa E, Molina – Durán F, Vivo-Molina, MC. Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. *Rev Calid Asist*, 2013; 28 (6): 345-354.
2. Ríos Risquez MI, Peñalver Hernández F, Godoy Fernández C. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*, 2008; 19(4): 169-178.
3. Carmona Monge, F.J., Jara Pérez, A., Quirós Herranz, C., et al. Carga de trabajo en tres grupos de pacientes de UCI Española según el Nursing Activities Score. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2013; 47(2), 335-40.
4. Neuraz A, Guerin C, Payet C, et al. Patient mortality is associated with staff resources and workload in the ICU: a multicenter observational study. *Crit Care Med*, 2015;43(8):1587-94.
5. Heather, T and Kamitsuru S. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-17*. Elsevier. Barcelona, 2015.
6. Buleckech B, Dochterman, W. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7ª Edic. Elsevier. Barcelona, 2019.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020*. MSSSI, Madrid, 2016.
8. Subirana Casacuberta, M., Fargues García, I., Esteve Reig, J. et al. Plantillas de enfermería y resultados de los pacientes. Revisión sistemática. *Revista Rol Enfermería*, 2010; 33(1), 14-26.
9. Puerta Cataño AM, Gaviria Noreña DL, Duque Henao SL. Tiempo requerido de enfermería para un cuidado con calidad. *Investig Enferm Imagen Desarr*. 2017;19(2):145- 59. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.trec>
10. De Cordova PB, MSN, RN-BC, Lucero RJ, PhD, MPH, RN, Hyun S, DNSc, RN, Quinlan P, et al. Using the Nursing Interventions Classification as a Potential Measure of Nurse Workload. National Institutes of Health. *J Nurs Care Qual*. 2010; 25(1): 39–45.
11. Lynda Juall Carpenito. *Manual de diagnosticos enfermeros(15ªed.)* Editorial: Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health; 2017. ISBN:9788416781492.
12. Bulechek, Butcher, Cochterman, Wagner. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ª edetion*. Editorial: SA. ELSEVIER ESPAÑA, 2013. ISBN: 9788490224137T.

POSTER 21**AUTORES/AUTHORS:**

Diana Velázquez-Sánchez, Paola Alejandra Yebra-Cruz, Bertha Zaragoza-Rivera, Luxana Reynaga-Ornelas

TÍTULO/TITLE:

Factores generadores de estrés en pasantes de enfermería: una revisión sistemática

Objetivo. Buscar la mejor y más actualizada evidencia para conocer ¿cuáles son los principales factores de estrés en los pasantes de enfermería durante su servicio social profesional?; Lo anterior permitirá implementar estrategias para su manejo y aumento en la calidad de los cuidados

Material y métodos. Se realizó una revisión sistemática de la literatura. Se consultaron las bases de datos Cochrane Library, Ebsco Host, Elsevier ScienceDirect, Springerlink, PUBMED, CUIDEN y Google Académico. Se utilizaron las siguientes palabras clave: Enfermería, Pasante de enfermería, Estudiante de enfermería, Estrés, Factores estresores, Internado no médico, Pasantía, Intership, Nursing, Stressors y prácticas pre- profesionales. Las ecuaciones de búsqueda fueron muy variadas, por ejemplo, en la base de datos Google Académico: Allintitle: estrés AND enfermería AND "servicio social" -estudiante; con los siguientes límites: Cualquier momento, ordenar por relevancia y cualquier idioma.

Se incluyeron estudios cuantitativos sobre los factores estresores en los pasantes de enfermería durante la pasantía (prácticas pre-profesionales, internado no médico, prestadores de servicio social) que utilizaron cualquier instrumento para medir los factores estresores, sin restricción por el año, idioma y país de publicación. Se excluyeron estudios que no tenían relación con la temática del estudio, los que no utilizaron estadística descriptiva general para el análisis estadístico de los resultados (media, desviación estándar, máximos y mínimos) y el no tener como objeto de estudio una muestra de pasantes de enfermería (o su grado equivalente en distintos países).

Resultados. Se localizaron 4875 estudios, obteniéndose una muestra final de n=7 tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Todos los estudios eran con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y corte transversal, el nivel de evidencia de todos los estudios incluidos fue VI que corresponden a evidencia de un sólo estudio descriptivo o cualitativo, de acuerdo a la clasificación de Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011), este nivel es considerado bajo debido al diseño descriptivo.

Discusión. Fátima y Jeni Cristaldo (2019), aclaran que conforme se transite años de experiencia en la profesión se aumentará las competencias de los enfermeros, es decir, mayor pericia, aptitud e idoneidad para intervenir en cada situación. Estamos de acuerdo ya que en la mayoría de los estudios los factores estresores tienen que ver con la falta de competencia en cuanto a conocimientos y práctica seguido por la inseguridad emocional. Las causas o factores de estrés reportados por Alvarado (2016) son: sobrecarga de trabajo 88% y ambiente desagradable o tenso en el área hospitalaria 76%; en este estudio los estresores externos son los que más resaltan, lo que indica que existe mayor seguridad en la competencia a diferencia de los demás estudios; estos resultados son similares al estudio realizado por Huisacayna y cols (2017), donde la sobrecarga de trabajo representó el primer lugar como factor estresor con un 62%.

En el estudio de Apaza (2018), se puede comprobar que el nivel de estrés es proporcional al nivel de afrontamiento y adaptación que tiene las internas(os) y esto repercute de manera directa en su desempeño profesional, también comprobaron que entre más habilidades desarrollan los estudiantes en las prácticas, les genera menor nivel de estrés y mejor afrontamiento, ya que sobre la marcha van adquiriendo mayor seguridad; coincidentemente, según Huaisara y Karolina (2019), entre los factores que generan estrés en los estudiantes de Enfermería destaca la falta de competencia (2,0%), dentro de esta dimensión la situación que más preocupación genera en los estudiantes es el "pincharse con una aguja contaminada", que tiene relación con la sensación de sufrir accidentes punzocortantes con material biomédico contaminado. Más de la mitad de los evaluados (53,3%) señalaron que ello genera mucho estrés en el trabajo que se realiza en la actividad asistencial. Este hallazgo es diferente a lo reportado Gil (2019), donde el principal factor estresor fue el contacto con el sufrimiento el 36.7% presentando "bastante" estrés en el ítem "ver morir a un paciente" y el 21.7% "bastante" estrés en el ítem "estar con un paciente terminal".

Conclusiones

La falta de competencia se presenta como principal factor estresor por lo que se propone aumentar las prácticas en los laboratorios de simulación en las universidades, desarrollar programas de prevención para combatir el estrés y la enseñanza de estrategias de afrontamiento como el empleo de técnicas grupales y ejercicios de relajación.

Los estudios de factores estresores en la población de pasantes de enfermería es muy escasa, casi nula en México por lo que se sugiere mayor investigación en el tema ya que la pasantía es una de las etapas más importantes para el futuro desempeño

profesional de los estudiantes, además, la esencia de enfermería es el cuidado, y el estrés genera que se vea afectada la calidad de los cuidados y por lo tanto en el bienestar de los pacientes.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Alvarado, V., Stefania, H. (2016). Estrés en los internos/as de la carrera de enfermería de una Universidad Privada de la Ciudad de Guayaquil durante las prácticas preprofesionales. *Anales de la Universidad de Chile*, (9), Pág. 136-164-164.
- Apaza, K., López, G. & Mishell, D. (2019). Adaptación y estrés en la práctica clínica en internos (as) de enfermería procedentes de diversas ciudades, Hospitales del Minsa, Arequipa. Repositorio institucional de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa (UNSA). Perú.
- Aroste, N. (2019). Factores estresores en estudiantes de enfermería que participan en prácticas pre - profesionales de la universidad privada Norbert Wiener, lima, Perú. Perú. Repositorio de la universidad privada Norbert Wieber.
- Cristaldo, F. & Cristaldo, J. (2019). Principales factores de estrés en los estudiantes de enfermería ante sus prácticas hospitalarias. Paraguay. *Brazilian journal development*.
- De Dios, M. Varela, M. Braschi, d. & Sánchez, M. (2017). Estrés en estudiantes de Enfermería. Cuba. *Revista cubana de Educación Médica Superior*. Medigraphic.
- Gil, P. (2019). Factor estresor en los internos de Enfermería de la universidad privada Norbert Wieber. Repositorio de la universidad privada Norbert Wiener. Perú.
- Huisacayna, F., Ninahuaman, L., K, Semino de Flores, Y., & Figueroa, M. (2016). Factores estresantes durante el internado hospitalario en internos de enfermería Universidad nacional y privadas en un hospital de la región de ICA septiembre 2015 a octubre 2016. *Revista de enfermería de vanguardia*. 2017; 5(1): 27-34-.
- Marín, M., Valenzuela, J., Lizalde, A., Escobedo, C. & Delgado, M. (2019). Estrés laboral en prestadores de servicio social de enfermería en hospitales de Michoacán. México. *Praxis Investigativa Redie*.
- Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice* (2nd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

POSTER 23**AUTORES/AUTHORS:**

Álvaro Fernández Álvarez, María del Mar Valencia Pérez, Teodora Encinas Martín, Verónica Velasco González

TÍTULO/TITLE:

Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la resistencia a los antibióticos

OBJETIVOS

- Objetivo general: Analizar el grado de conocimiento sobre la resistencia, uso y administración de antibióticos de los profesionales sanitarios de medicina y enfermería.
- Objetivos específico:
 - Conocer qué medidas consideran los profesionales que mejorarían la situación actual y futura de la resistencia a los antibióticos.

METODOLOGÍA Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se distribuyó una encuesta ad-hoc sobre el conocimiento de la resistencia a antibióticos y su uso a profesionales sanitarios del Hospital Clínico Universitario y Centro de Salud Pilarica-Circular de Valladolid. Las variables cualitativas se presentan en frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en medias y desviación estándar (DE).

Se analizaron los datos con el programa IBM SPSS V25. Se obtuvo la autorización del Comité Ético de Investigación correspondiente.

RESULTADOS Participaron 31 profesionales sanitarios: 80,6% (n=25) mujeres y 19,4% (n=6) hombres con edad media de 38,4 años (DE ± 11,8). El 61,3% (n=19) de la muestra estuvo compuesta por enfermeras y el 38,7% (n=12) por médicos.

El 100% de la muestra ratifica la eficacia actual de los antibióticos y un 87,1% (n=27) que no serán igual de eficaces en el futuro. Para el 74,2% (n=23), el abuso y su uso inadecuado son los principales factores para la aparición de resistencias antimicrobianas.

En relación con el consumo de antibióticos, el 74,2% reconoce haberse automedicado en algún momento de su vida. La familia de los Betalactámicos, es el grupo antibiótico más administrado/recetado para combatir las infecciones bacterianas con un 71% (n=22) y, los procesos respiratorios con un 74,2% son las infecciones bacterianas más acusadas entre la población receptora de atención sanitaria primaria y especializada.

Un 48,4% (n=15) desconocen la existencia tanto del Plan Nacional frente a la Resistencia a los antibióticos (PRAN) como de los Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos (PROA), aunque sí sigan sus recomendaciones en cuanto a conocimientos y manejo personal:

- Un 93,5% (n=29) opina que los animales, las personas, el medio ambiente y la actividad económica son la diana principal de las resistencias antimicrobianas.

- Un 71% (n=22) estima que lavarse las manos con frecuencia, practicar una buena higiene de los alimentos y evitar el contacto directo con personas enfermas son actividades igual de importantes para prevenir la aparición de infecciones.

Destacan las siguientes medidas propuestas por el personal sanitario para evitar la aparición de nuevas resistencias antimicrobianas:

- Educación, promoción y prevención de la salud por medio de la creación y aplicación de programas charlas y campañas informativas.

- Policial de control en el uso/abuso de antimicrobianos.

- Evitar tratamientos empíricos, cumplir el tratamiento prescrito y protocolos de diagnóstico y prescripción.

DISCUSIÓN La mayoría de los trabajos realizados en España sobre antibióticos se centran en evaluar los patrones de prescripción de los médicos, estimando si se adecúan o no a cada proceso infeccioso (1). Sin embargo, no se han encontrado estudios que evalúen el grado de conocimiento, manejo y uso personal de los mismos en profesionales sanitarios.

Según el informe JIACRA (2), el consumo total de antibióticos en salud humana en España ha permanecido constante durante los años 2015-2018. Sin embargo en el ámbito hospitalario la tendencia es contraria y se ha observado un aumento del consumo del 9,5% desde el año 2012.

Según la asesora en enfermedades infecciosas Repetto en el estudio realizado por Médicos sin fronteras (3), la mejor forma de prevenir la resistencia a los antibióticos es limitar su incidencia en todos los niveles. Por ejemplo, recomendando a los pacientes que

usen antibióticos solo cuando los recete un profesional de la salud y que nunca compartan ni utilicen antibióticos sobrantes. Sin embargo en este estudio, un 35,5% (n=11) de la muestra considera que los pacientes casi nunca siguen las pautas y recomendaciones de los profesionales del tratamiento prescrito.

De acuerdo con las políticas del PRAN (4), los profesionales sanitarios se encuentran en una posición privilegiada y a su vez de gran responsabilidad por ser los encargados como última parte del eslabón sanitario de cumplir con las directrices de las entidades competentes. A pesar de esto, un 48,4% de la muestra a estudio desconoce la existencia tanto del PRAN como de los PROA.

A partir de los resultados obtenidos, sería interesante plantear estudios similares con una muestra de mayor tamaño distribuida por todo el territorio nacional, evidenciando y comparando el nivel de conocimiento y actitudes personales de los profesionales sanitarios.

APLICACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA La evolución futura de la resistencia antimicrobiana es incierta, sin embargo, resulta indispensable adaptar estrategias que permitan poner en marcha actividades específicas de información y reeducación sanitaria para aquellos profesionales sanitarios que necesiten reforzar sus conocimientos y actitudes sobre el manejo clínico de antibióticos con el objetivo de optimizar su uso. Este estudio carece de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Muñoz EB, Dorado MF, Martínez FM. Grado de conocimiento del antibiótico prescrito en pacientes ambulatorios. Aten Primaria [Internet]. 2015;47(4):228–35 [citado el 13 de Septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002339#bib0050>
2. Alonso Herreras M, Aracil García B, Saiz, Badiola I, Campos Marqués J, Durán Ferrer M, de Frutos Escobar C, et al. Informe JIACRA España. Primer análisis integrado del consumo de antibióticos y su relación con la aparición de resistencia. AEMPS Plan Nac Resist Antibióticos [Internet]. 2018;1–165. [citado el 13 de Septiembre de 2020] Disponible en: http://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/field/files/informe_jiacra-espana.pdf?file=1&type=node&id=410&force=0
3. La resistencia a los antibióticos, un problema de salud mundial en aumento. Médicos sin fronteras. 2019. [citado el 13 de Septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.msf.es/actualidad/irak/la-resistencia-los-antibioticos-problema-salud-mundial-aumento>
4. PRAN [Internet]. [citado el 13 de Septiembre de 2020]. Disponible en: <http://resistenciaantibioticos.es/es>

POSTER 24**AUTORES/AUTHORS:**

ROSA MARIA PIÑEIRO ALBERO, RAFAEL VALERO MORENO, ROSA MARIA CABRERA, BLANCA SORIANO ORTUÑO, TIBISAY GUEVARA, GEMA RUBIO POSTIGO

TÍTULO/TITLE:

Estudio piloto sobre Liderazgo Enfermero altruista: nuevo Empoderamiento

Objetivos:

- Identificar y valorar la percepción del grado de competencias de la Enfermera en nuestra unidad URPA.
- Anclar nuestro compromiso Enfermero con los objetivos del desarrollo sostenible (ODS)

Metodología:

Estudio descriptivo observacional de corte transversal, población 35 profesionales URPA Hospital Virgen del Castillo Área V, Murcia. En el mes de enero 2020 se inicia la búsqueda bibliográfica y entrega de un cuestionario: "Plan de Desarrollo Profesional", una autoevaluación de cada profesional en nueve áreas de capacitación con un ítem general de ODS. Entrevistas hasta julio, creando grupos focales. Se analizaron los relatos, actitudes y opiniones que fueron reiterantes. Análisis DAFO y uniendo nuestra discusión de todas las aportaciones y afirmándonos por la investigación basada en la evidencia.

Resultados:

La muestra consta de 18,2% (n=7) son hombres y 81,8% (n=28) son mujeres, con edades comprendidas entre 35 y 64 años. Un 45% turno rodado, su experiencia media 23,2% años (DT=16,4) y experiencia media en quirófano 16,5 años (DT= 12,2). Las áreas en que Enfermería se consideró con más nivel de competencia fueron: EdS, PAE, Actuaciones delegadas. Comunicación, Trabajo en Equipo y Ética nivel de competencia medio. Seguridad, Docencia-Investigación y Gestión las de menor nivel. El 83% de los profesionales de enfermería desconocen los ODS, ni sienten como realizar su aportación para mejorar dichos objetivos.

Discusión:

Ante tales resultados se formaliza y unifica un equipo de investigación de 13 profesionales completamente altruista en URPA. Se consolida la figura de la Enfermera gestora: Doctora en Enfermería¹⁻⁴. Reuniones telemáticas martes (18-20h). Estos profesionales altamente cualificados, además de su esfuerzo extra: despertar de ideas propias⁴, impulsan los registros⁵, LVSQ⁵, potencian PAE⁶, protocolos de actuación⁵⁻⁶, y nuestro compromiso y difusión ODS⁷.

Nos unimos a la Estrategia citada por CIE⁹ Nursing Now: haciendo visible nuestra labor en 5 redes sociales y motivando a profesionales para cambiar el futuro de la Enfermería. Creamos así un espacio de encuentro, de intercambio, de conocimiento entre profesionales e innovación generando nuestros artículos propios.

La figura de Enfermería estamos en plena transformación⁸ y somos la clave dentro de cualquier institución sanitaria, el pilar de Alianzas y de Liderazgo para conseguir los objetivos (ODS 17). Aunque se han reconocido nuestras Especialidades y Doctorados, no existen los puestos como tal según citan Hamric et al⁹. Nuestras áreas de competencia son amplias y variadas por los continuos cambios tecnológicos¹⁰ y la distinta tipología de pacientes¹¹ e intervenciones¹² y no todos los profesionales están igualmente capacitados, existiendo diferencias relevantes: Maestrías y Doctorados¹³.

Como líneas estratégicas, propuesta de mejora e implicación en la práctica diaria es seguir con la construcción de nuestra propia Asociación Científica, promoviendo a Enfermería como agente profesional clave para afrontar nuestros retos y que la Investigación cobre vida y capte la atención de los responsables políticos¹⁴. Comprometiéndonos con el liderazgo enfermero y creando un ambiente satisfactorio de trabajo y plenamente efectivo y para una labor reconocida¹⁵.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Straus SE, Tetroe JM, Graham ID. Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. J Clin

Epidemiol.2011; 64:6-10.

- 2.Lavis JN. Research, public policymaking, and knowledge-translation processes: Canadian efforts to build bridges.J Contin Educ Health Prof.2006;26(1):37–45.
- 3.Rowley E et al.Research into practice: Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care (CLAHRC)for Nottinghamshire, Derbyshire, Lincolnshir.Implement Sci. 2012;7:40.
- 4.Garcia R. Relationships between leadership, structural empowerment, and engagement in nurses. J Adv Nurs.2018 Dec;74(12),2809-19.
- 5.Gao W et al.Lived experiences of international operating room nurses in organ procurement surgery: A phenomenological study. Nurs Health Sci,2019 Oct;14.
- 6.Georgiou E et al.Barriers and facilitators for implementing the WHO's safety surgical checklist:A focus group study among nurses.J Perioper Pract,2018 Dec;28(12):339-346.
- 7.Castañeda-Hernandez MA.Los Objetivos del Desarrollo Sostenible y sus vínculos con la profesión de Enfermería.Rev Enferm Inst Mex Seg soc.2017;25(3):161-2.
- 8.Khan BP, et al.Staff nurses' perceptions of their nurse managers' transformational leadership behaviors and their own structural empowerment.J Nurs Adm 2018 Dec; 48(12),609-614.
- 9.Hamric AB (2019).A definition of Advanced Practice Nursing. In M.F. Tracy & E.T. O'Grady (eds) Advanced Practice Nursing: An integrative approach, 6th Ed,Elsevier, 61–79.
- 10.Seefeldt J et al.Nurses are my second family: a qualitative descriptive study.J Perianesth Nurs.2017 Dic,32(6):578-88.
- 11.Kodama Y et al.Is nurse managers' leadership style related to japanese staff nurses' affective commitment to their hospital?.J Nurs Manag,2016 Oct;24 (7),884-92.
- 12.Lee A et al.Periopertative systems as a quality model of perioperative medicine and surgical care.Health Policy,2011 Oct, 102(2-3):214-22.
- 13.Bryant-Lukosius D(2019). International Development of Advanced Practice Nursing. In M.F. Tracy & E.T. O'Grady(eds). Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach, 6th ed,129-141,Elsevier.
- 14.Cooper MA, Docherty E(2018).Transforming the landscape. Comment.British Journal of Nursing, 27(21);1216.
- 15.Russ SJ et al.A qualitative evaluation of the barriers and facilitadors toward implementation of the WHO surgical safety checklist across hospitals in England: lessons from the surgical checklist implementation project Ann Surg,2015 Jan;261(1):81-91.

POSTER 26**AUTORES/AUTHORS:**

Carolina Henriques, Paulo Santos

TÍTULO/TITLE:

La estrategia de cartera reflexiva en la supervisión de estudiantes de enfermeira

Objetivos: Nos atrevemos a afirmar que la supervisión clínica no es más que aprender en un entorno, a través del descubrimiento guiado. Si el concepto de reflexión es central cuando se trata de supervisión clínica, es esencial que el supervisado reflexione sobre el papel que desempeña como individuo en la complejidad de los eventos y en la calidad de sus prácticas. Nuestro objetivo fue conocer la satisfacción relacionada con la ejecución de portafolios reflexivos, de estudiantes de posgrado en enfermería en una institución educativa en Portugal, a través de un estudio cuantitativo, de carácter descriptivo-exploratorio.

Métodos: Metodología cuantitativa, descriptiva-exploratoria. El cuestionario tenía una pequeña caracterización de los individuos que participaron en el estudio, una pregunta tipo likert de cinco puntos con respecto a la satisfacción de llevar a cabo la cartera.

Resultados: El número de participantes fue de 42, el 28% de los cuales eran mujeres, con una edad promedio de 31 años. En cuanto al grado de satisfacción con la realización de la cartera, el 26,2% no está muy satisfecho, seguido por el 23,8% que dice que está satisfecho. En cuanto a la realización de la cartera, el aspecto positivo más evidente por parte de los participantes está relacionado con la posibilidad de reflexión (57,1%), teniendo como aspecto negativo el miedo a ser leído por otros (31%) y la exposición a otros de dominio privado o aspectos relacionados con la opinión (26,2%).

Discusión: A partir de los datos obtenidos, es evidente que la mayoría de los participantes enuncian la realización del portafolio como una herramienta que implica cierto grado de exposición al otro, sin brindar un alto grado de satisfacción a quienes lo hacen, aunque la reflexión es uno de los aspectos positivos. Más puntigudo. A partir de los datos obtenidos, también es posible verificar que los participantes enuncian la realización de la cartera como una carga de trabajo adicional. Los profesores de enfermería deberán poder gestionar el proceso de formación utilizando nuevas herramientas, centrando la acción en el alumno, con sus singularidades y con sus tiempos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau

Abreu, Wilson; Barroso, Cristina; Segadães, Maria F; Teixeira, Silvia. 2014. "Promotion of SelfCare in Clinical Practice: Implications for Clinical Supervision in Nursing", International Journal of Information and Education Technology 5, 1: 6 - 9.

Bernard, J. M.; Goodyear, R. (1998). The fundamentals of clinical supervision (2nd ed.). Needham Heights, MA:

Bowles, N.; Young, C. (1999). An evaluative study of clinical supervision based on Proctor's three function interactive model. Journal of Advanced Nursing, 30 (4), 958-964

POSTER 27**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Arcas Noguera, Claudia González López, Nieves Márquez Abrales, Ignacio Peña Ruiz, Amelia Amezcua Sánchez, Rogelio López-Vélez Pérez

TÍTULO/TITLE:

Los cuidados transculturales como área de actuación y desafío de los profesionales de enfermería en España.

Objetivo:

Explorar las necesidades de apoyo en el cuidado de la población migrante relacionadas con los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los profesionales de enfermería de España y aportar sugerencias de mejora.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal mixto, realizado entre octubre y diciembre de 2019 mediante una encuesta ad hoc que analiza los Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con el cuidado a la población migrante y dirigida a profesionales de enfermería de España, seleccionados por muestreo no probabilístico intencional por mailing. Análisis descriptivo y de contenido.

Resultados:

Se lanza una encuesta de elaboración propia a través de mailing a la que responden N=1259 de toda España. El perfil general de los profesionales de enfermería que participaron fue mujer, joven, de nacionalidad española, con labor en el ámbito asistencial con personas adultas. De forma global las respuestas manifiestan niveles bajos de conocimientos y formación en cuidados transculturales con tendencia a una asistencia estandarizada. Existe una percepción elevada de barreras para los cuidados de la población migrante, a destacar idiomática (82%), cultural (42%) y escasez de formación (33%). Estas barreras son relacionadas con sentimientos de inseguridad, miedo y ansiedad en su práctica clínica.

El 70% afirmó no haber trabajado nunca con la figura del mediador cultural, salvando las barreras con un mediador informal (familiar del paciente o sanitario que conoce el idioma), App de idiomas o lenguaje no verbal.

Más de la mitad de encuestados creen necesaria más formación, además de la opción de trabajar con mediadores culturales (85%) como posibles soluciones.

Discusión:

A pesar de confirmar la reactivación de los flujos migratorios, España no ha desarrollado una Cartera de Servicios adaptada a las nuevas necesidades de cuidados de la población migrante, ni una estrategia nacional que promueva formación específica para los profesionales de la salud. Este vacío, sumado a los resultados encontrados, reclama fomentar buenas prácticas y competencias coherentes con la realidad social en la que estamos inmersos, que asegure la igualdad en la asistencia sanitaria. Proponemos una mejor formación en cuidados transculturales a profesionales de enfermería y la necesidad de la figura del mediador cultural como claves para satisfacer las necesidades de cuidado de la población migrante.

¿Qué hace que esta presentación sea un ejemplo de excelencia?

1. Explora de forma singular un tema escasamente abordado a nivel estatal.
2. Pone en manifiesto las dificultades actuales en la asistencia a población migrante por parte de los profesionales de enfermería.
3. Propone una mejor formación en cuidados transculturales a profesionales de enfermería y la necesidad de la figura del mediador cultural como claves para satisfacer las necesidades de cuidado de la población migrante.
4. Conformar una alianza pionera y necesaria para el avance en la enfermería y las migraciones, entre una institución referente en formación de postgrado enfermera, FUDEN, y otra en intervención con migrantes en el espacio sanitario en España (Salud Entre Culturas)

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Consejo de Europa. Carta Social Europea. Estrasburgo: European Treaty Series No. 163; 1996.

Código Deontológico de la Enfermería Española. Publicado en CODEM. Consultado en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>

Informe sobre la necesidad de la creación de un servicio de interpretación y mediación intercultural sanitaria en la Comunidad de Madrid. ICOMEM y Salud Entre Culturas. 2018. Consultado en:

<http://www.saludentreculturas.es/wp-content/uploads/2012/10/Informe-ICOMEM-SEC.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población (CP) a 1 de enero de 2020. Estadística de Migraciones (EM). Año 2019. Datos Provisionales. Consultado en: https://www.ine.es/prensa/cp_e2020_p.pdf

POSTER 28**AUTORES/AUTHORS:**

Aline Miranda da Marins, Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva, Eliane Ramos, Silvia Teresa Carvalho de Araújo, Jaqueline Da Silva

TÍTULO/TITLE:

EL PAPEL DE LOS HOTELES DE HOSPITAL EN EL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES: percepciones de estudiantes de enfermería

Objetivo: Comprender la percepción de los estudiantes de enfermería sobre la hospitalidad hospitalaria y su contribución a la atención humanizada para los ancianos. Metodología: Estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo, con la participación de 30 estudiantes de enfermería del Curso de Graduación de Enfermería de una Institución Pública Federal de Educación Superior, ubicada en la ciudad de Río de Janeiro / RJ / Brasil. Para su inclusión en el estudio, los estudiantes deben inscribirse regularmente en el curso de pregrado de enfermería, tener experiencia y / o experiencia en el cuidado de personas mayores en el contexto hospitalario. La recopilación de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada, a partir de un guión de entrevista preparado previamente, de agosto a noviembre de 2018. Todas las entrevistas se grabaron en una grabadora electrónica y se transcribieron en su totalidad. Para el tratamiento de datos, se utilizó el método del Discurso colectivo del sujeto (CSD). El Proyecto de Investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación (HESFA / EEAN / UFRJ), de acuerdo con la opinión No. 2,738,688, de acuerdo con la Resolución 466/12 (Ministerio de Salud / Brasil). RESULTADO: en la percepción de los estudiantes de enfermería, la hospitalidad puede proporcionar comodidad, dignidad y un espacio físico más agradable y armonioso para los ancianos cuando están hospitalizados, lo que impacta positivamente en su recuperación. Para los estudiantes, la hospitalidad está asociada con la calidad de los servicios prestados. DISCUSIÓN: el concepto de hospitalidad clásica adaptada al entorno hospitalario, puede contribuir a la humanización, hospitalidad y acogida de clientes y profesionales de la salud. Para esto, es necesario que la hospitalidad hospitalaria sea reconocida como un elemento importante e integral del proceso de trabajo de salud, a pesar de que todavía se está transformando y desarrollando. Se sabe que la hospitalización puede tener implicaciones importantes para los ancianos y, por lo tanto, la humanización del espacio hospitalario es necesaria y puede contribuir a una estancia hospitalaria más segura, armoniosa y acogedora para los ancianos y sus acompañantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Martins, J.J.; Scneider, D.G.; Bunn, K.R.; Goulart, C.A.; Silva, R.M.S.; Gama, F.O.; ALBUQUERQUE, G.L. A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 37, n. 1, p. 30-37, 2008.

Marins, AMF; Slob, EGB. O Idoso e a Humanização do Ambiente Hospitalar: Contribuições para a Enfermagem. Revista Saúde e Desenvolvimento, vol.12, n.13, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizASUS. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília, DF. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 25 abril 2020.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Brasil. Folha Informativa. Envelhecimento e Saúde. Folha Informativa atualizada em fevereiro de 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?Rodrigues RAP, Bueno AA, Silva LM, Kusumota L, Almeida VC, Giacomini S BL et al . O ensino de enfermagem gerontológica nas instituições públicas brasileiras de ensino superior. Acta paul. enferm. \[Internet\]. 2018 June \[cited 2020 May 23\] ; 31\(3 \): 313-320. Available from: \[https://doi.org/10.1590/1982-0194201800044option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820\]\(https://doi.org/10.1590/1982-0194201800044option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820\)](https://www.paho.org/bra/index.php?Rodrigues%20RAP,%20Bueno%20AA,%20Silva%20LM,%20Kusumota%20L,%20Almeida%20VC,%20Giacomini%20S%20BL%20et%20al.%20O%20ensino%20de%20enfermagem%20gerontol%C3%B3gica%20nas%20institui%C3%A7%C3%B5es%20p%C3%BAblicas%20brasileiras%20de%20ensino%20superior.%20Acta%20paul.%20enferm.%20[Internet].%202018%20June%20[cited%202020%20May%2023];%2031(3):%20313-320.%20Available%20from:%20https://doi.org/10.1590/1982-0194201800044option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820)

POSTER 29**AUTORES/AUTHORS:**

Laura Yolanda Pagola López, María Adriana Andrade Mérida, Karen Medina Camacho

TÍTULO/TITLE:

NECESIDADES DE CUIDADOS ESPIRITUALES EN EL ADULTO HOSPITALIZADO

El objetivo de este trabajo de investigación fue analizar las necesidades de cuidado espiritual que precisa una persona adulta en el servicio de hospitalización.

Metodología:

Se trata de un estudio bajo el paradigma cualitativo, el método utilizado fue la fenomenología, esta sección del estudio se realizó en el servicio de medicina interna de un hospital público de la Ciudad de México, se efectuaron entrevistas a 22 sujetos de estudio, todos ellos adultos hospitalizados con diversas patologías. El instrumento utilizado fue la entrevista a profundidad, todas ellas grabadas en su totalidad y transcritas para su interpretación en un laboratorio lingüístico.

El estudio fue realizado de acuerdo a la Ley General de Salud, en materia de investigación en salud, bajo los principios éticos de beneficencia, equidad, autonomía, confidencialidad, respeto, dignidad, solidaridad, honestidad y justicia.

Bajo los criterios de rigor en materia de investigación cualitativa como son: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad.

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Se obtuvieron cuatro categorías: Necesidad de reencontrarme conmigo; Necesidad de perdonarme, Necesidad de ayuda espiritual y religiosa y Necesidad de trascender.

Necesidad de reencontrarme conmigo:

Heidegger afirma que el encontrarse es algo cotidiano y habla de cómo concebimos el mundo desde una perspectiva interna del ser (Esguerra, 2018). Como se demuestra en los siguientes diálogos:

“Observo, que estoy enfermo, me la he pasado trabajando y que he obtenido para mí” [Pers.06]

“Necesito que me expliquen el mundo, porque me pasa esto a mí” [Pers. 14]

Las personas ante el duelo por la enfermedad, necesitan que el profesional de enfermería le ayude a repasar su vida, es decir debe ser capaz de releer su vida, reconociendo su apreciación acerca del mundo y lo que lo rodea, las personas requieren volver a su esencia para trascender y de esta manera crecer espiritualmente. Cuando el personal de enfermería hace esta intervención debe ser capaz el primero de conocerse el mismo y reflexionar ante este hecho (Pérez-García, 2016).

Necesidad de perdonarme:

El perdón es un proceso de afrontamiento, el cual se refleja en una emoción, este puede ayudar a la persona a manejar experiencias y canalizarlas de manera positiva. Cuando una persona perdona logra un cambio en su perspectiva emocional. Como se observa en los siguientes:

“Le falle a muchas personas en la vida, pero ahora que estoy en la etapa final, necesito que me perdonen para poder, perdonarme a mí mismo” [Pers. 21]

“Como hago para que la vida no me trate así, fui una persona que dejó muchas cosas inconclusas y dañe a otros” [Pers. 17]

El personal de enfermería en su día a día es testigo de estas emociones, ante la culpa, sabe que es necesario que la persona se perdone a sí misma por su vida, dentro de las intervenciones NIC, se encuentra facilitar el perdón. Como intervención enfermera, hay muchas acciones que se pueden desarrollar para que la persona logre llegar a un crecimiento espiritual, pero muchas veces, no se siente capacitada para este quehacer. Si es algo tan cotidiano porque no se está preparado para esta gestión, se debe capacitar a las profesionales desde la formación universitaria.

Necesidad de ayuda espiritual:

La ayuda espiritual no se basa solamente en lo religioso, sino ayudar a la persona en todos los aspectos, para conseguir felicidad y paz espiritual. Es estar feliz con lo realizado y logrado de ahí la dificultad para los pacientes de expresar el área espiritual.

“Realmente esta enfermedad, la insuficiencia renal, me ha hecho tener la incertidumbre de que hice mal como persona, como hijo, como esposo, ojala alguien pudiera guiarme y ayudarme a comprender porque” [Pers. 9]

El personal de enfermería tiene la responsabilidad de atender las necesidades espirituales, así mismo promover la salud espiritual del paciente. Nos damos cuenta que como en el artículo de Nascimento (2016) los pacientes requieren de ayuda espiritual y las enfermeras no saben cómo brindarla, escudando no abordarla por no tener tiempo por sobre carga de trabajo.

Necesidad de trascender:

Según Boff (2007) la trascendencia es ir más allá de sus propios límites, es decir, ir más allá de sus horizontes y continuar su camino, dejar su huella en el mundo. En los siguientes diálogos vemos como los sujetos de estudio lo reflejan:

“Intento dejar algo bueno de mi existencia, que mis hijos y las personas aprendan de mi existencia” [Pers. 8]

“Solo espero que cuando me vaya me recuerden” [Pers. 4]

Como pudimos observar las personas tienen esa necesidad de trascender, un mundo utópico, el personal de enfermería debe ayudar a la persona a crecer espiritualmente y que comprendan que la trascendencia puede ser en muchos sentidos.

Conclusiones

Con el estudio nos damos cuenta que el cuidado espiritual es igual de importante que el cuidado en las otras dimensiones, cuando se brinda cuidado en esta dimensión la persona se siente mejor y acompañada por el personal de enfermería. El reto es capacitar a los profesionales de enfermería para que se brinde cuidado en esta área. Y en las escuelas se debe incluir en los planes de estudio para que sean capaces de ofrecer este cuidado y ahora si proporcionar un cuidado holístico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Boff, Leonardo. Sobre la espiritualidad ¿Es el universo autoconsciente y espiritual? Sobre la espiritualidad. Cultura de la paz. Managua, Nicaragua. 2012, año XVIII, no. 58, septiembre – diciembre, pp. 33 – 35. ISSN 22199381
- Boff, Leonardo. Tiempo de trascendencia.(2007) SALTERRAE ISBN 10: 8429314504
- Esguerra, LMM. (2018). El mundo en la fenomenología de Heidegger. Una aproximación al mundo desde los prolegómenos para una historia del concepto del tiempo. Praxis Filosófica, núm. 46. DOI:10.25100.pfilosofica.v0i46.6165
- Nascimento LC., Oliveira FCS., Santos TFM., et al. Atención de las necesidades espirituales en la práctica clínica de enfermeros. Aquicham. 2016; 16(2):179-192. DOI: 10.5294/aquí.2016.16.2.6
- Pérez-García, E. (2016). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. Enfermería: cuidados humanizados, Vol. 5, n° 2 – Diciembre 2016 ISSN: 1688-8375 ISSN en línea: 2393-6606. DOI:<http://dx.doi.org/10.22235/ech.v5i2.1286>
- Pérez-García, E., Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. Enfermería: Cuidados humanizados, Vol. 5, No. 2, Diciembre, p.p. 41 – 45, 2016. ISSN 2393-6606. DOI: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v5i2.1286>
- Waldow, Vera Regina. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Index. Enferm [online]. 2014, vol. 23, no. 4, pp. 234 – 238. ISSN 1699-5988. <http://dx.soi.org/10.4321/S1132-12962014000300009>.
- Waldow, Vera Regina. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. Aquichan, Vol. 9, núm. 3, diciembre, 2009, pp. 246-256. Universidad de La Sabana Cundimarca, Colombia. ISSN 1657-5997. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147005>

POSTER 30

AUTORES/AUTHORS:

Eva Tizón Bouza

TÍTULO/TITLE:

Situación actual de la investigación enfermera en Galicia: influencia de la formación

Introducción: La Enfermería ha evolucionado en España con el paso de los años junto al desarrollo del sistema público de salud, pero los avances en formación, no han ido parejos en Galicia respecto a la investigación. En Galicia, se aprecia un avance en la cultura de investigación enfermera, pero no existen estudios que relacionen los diferentes perfiles de enfermeras y enfermeros en la comunidad con su formación o promoción en el mercado laboral. Para ello, debemos conocer el perfil del profesional enfermero galego, así como su motivación por la lectura e implementación de resultados de salud. El objetivo es conocer el perfil investigador, el tipo de investigación realizado y el grado de motivación para investigar de los enfermeros y enfermeras de Galicia.

Métodos: Se realizó un estudio exploratorio de corte transversal, con una población de profesionales del servicio de salud autonómico y estudiantes de las facultades de Enfermería en Galicia.

Con seguridad del 95%, precisión del 5% y una proporción del 50%, la determinación del tamaño de la muestra fue de 384 personas.

Se diseñó un cuaderno de datos ad hoc, formado por 12 bloques, cuyas variables fueron:

Datos socioprofesionales, Estudios universitarios, Máster Universitario, Otras titulaciones, Doctorado, estudios de Investigación, Formación en Investigación, Lectura e implementación de la investigación, Motivación por la Investigación en Enfermería, Conocimiento y utilización de recursos para Investigación, Reflexionando sobre investigación en Enfermería.

La recogida de datos se realiza a través de un enlace a un formulario web de Google Drive, enviado a través del correo corporativo del Servicio Galego de Saúde y las facultades de Enfermería. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, se realizó un análisis bivariado y multivariante para la variable Formación en Investigación.

Resultados: La edad más prevalente fueron 37 años (5,4%). La media de años de experiencia laboral fue 14,3 ±11 años. El 82,6% trabajaban en ese momento El 16,9% eran estudiantes de grado. El 66,7% de los especialistas se formaron en Galicia.

El 26,9% realizaron o estaban terminando su formación máster. El 12% poseían otro grado universitario. El 79,8% estudió, al menos, un ciclo de FP. Diez personas poseían el título de doctorado (2,6%).

El 57,8% nunca había realizado una investigación. De entre las 61 personas que estaban investigando, indicaron 39 temas diferentes.

El 65,7% desconocen los diferentes eventos científicos disponibles. El 82,9% desconocen su existencia o el apoyo que pueden prestar las unidades de investigación

La puntuación media sobre la importancia otorgada a la investigación es de 2.8 puntos sobre 5 puntos (±0,45 puntos). No la consideran importante un 17,4%.

El 15,3% desconocen si existen trabas para la investigación enfermera en Galicia. El grado de motivación referente a la investigación es de 3.05 puntos sobre 5 (±1.1 puntos).

En un análisis bivariado, las variables que se asocian de manera significativa son las siguientes: provincia ($p=0.033$), distrito sanitario ($p<0,001$) y lugar de trabajo (no trabajar en Atención Primaria (AP), $p=0,043$). Destacan los formados en Ourense o Lugo. Entre los distritos sanitarios, Santiago-Barbanza (92,6%) y Ourense-O Barco-Verín (81,3%). Respecto al lugar de trabajo, se muestra como un factor protector, no trabajar en AP [$p=0.043$; 95% IC 0.9 (0.8-0.9)].

Por lo que respecta a realizar previamente investigación, no haber recibido formación es un factor de riesgo para realizar investigación (OR 1,7).

En el análisis multivariado en el que se evidencia que las variables que realmente influyen en la formación en investigación enfermera en Galicia son trabajar en el área sanitaria de Ferrol ($p=0,019$) o Lugo-Cervo-Monforte, ($p=0,032$), haber estudiado en la facultad de Ourense ($p=0,022$), haber realizado investigación previa ($p=0,001$), tener como titulación el grado universitario ($p=0,022$), conocer alguna beca de investigación ($p=0,01$) o estar motivador para investigar ($p<0,001$).

Discusión: Los avances en formación, no han ido parejos en Galicia respecto a la investigación. El desarrollo de los estudios de posgrado y doctorado contribuyó al impulso de la investigación. La formación en investigación es escasa, ni todos cuentan con el apoyo necesario. Investigar no es fácil, pero consumir literatura e integrarla en la práctica diaria debería ser habitual. Existe una sobreabundancia de investigación poco útil. Se evidencia el bajo apoyo percibido, en consonancia con la creencia en la existencia de

trabas para su desarrollo (59,8%).

Tenemos el deber ético de leer investigación para prestar cuidados de calidad y estar al día de los conocimientos actuales, pero el 60% no está interesado en realizar lectura de artículos científicos ni implementa lo aprendido. Sin curiosidad por responder las preguntas surgidas y sin motivación suficiente, no podemos avanzar. Si además, se le suma la no formación o experiencia, el asunto se encrudece. El objetivo futuro debe ser leer literatura científica enfermera e impulsar la implementación de resultados de investigación. Sin formación en investigación, sin motivación y sin publicaciones enfermeras para la difusión de los hallazgos, no se podrá avanzar en Galicia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Fundación Index. D E G R A. Un conocimiento para la humanidad. Documento de consenso. Declaración de Granada en defensa del conocimiento enfermero. Granada: Fundación Index. 2013.
- Guadarrama Ortega D. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de Enfermería en un hospital del sudoeste de Madrid. E Global. Jul 2016; 43: 261-74.
- Morales Asencio JM, Hueso Montoro C, de Pedro-Gómez J, Bannasar-Veny M. 1977-2017: La investigación enfermera en España tras 40 años en la Universidad. Enferm Clín . 2017; 27 (5): 314-26.
- Santillán García A. Dignidad: Difusión de la investigación enfermera a través de las reuniones científicas. Evidentia . 2018; 15 (e12172).
- Amezcuca M. Papirolatría: cuando el papel vale más que el talento. ENE Revista de enfermería . Dic 2013; 7 (3).
- Moreno-Casbas M, Fuentelsanz-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 . May – Jun 2010; 20 (3): 153-64.
- Moreno-Casbas T, Fuentelsanz-Gallego C, de Miguel A, González-María E, Clarke S. Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilisation: A comparative survey of nurses with and without experience as principal investigators. J Clin Nurs . Jul 2011; 20 (13-14): 1936-47.
- Sarabia-Cobo C, Sarabia-Cobo A, Pérez V, Hermosilla C, Nuñez M, de Lorena P. Barriers in implementing research among registered nurses working in the care of the elderly: A multicenter study in Spain. Appl Nurs Res . Nov 2015; 28 (4): 352-5.
- Bannasar-Veny M, Gonzalez-Torrente S, de Pedro-Gomez J, Morales-Asencio J, Pericas-Beltran J. Using knowledge as the basis for evidence-based practice in primary care nurses. Int Nurs Rev . Jun 2016; 63 (2): 250-8.

POSTER 34**AUTORES/AUTHORS:**

ISABEL PEREZ DEL PINO, CRISTINA PEREZ DEL PINO, ELENA PEREZ DEL PINO

TÍTULO/TITLE:

La importancia de la consulta telefónica/teleconsulta durante la pandemia

OBJETIVO

Este trabajo de investigación pretende estudiar la utilidad de la consulta telefónica/teleconsulta y su capacidad de resolución de demandas recibidas en Atención Primaria.

MÉTODO

Se trata de un estudio transversal, observacional, en el que mediante encuesta telefónica, se recogen variables que ayudan a definir si la atención sanitaria ofrecida a los pacientes a través de teléfono u otros medios telemáticos ha sido útil y el grado en que ha resuelto las demandas.

El cuestionario de la encuesta fue elaborado expresamente para este estudio, tomando preguntas realizadas en estudios similares e incluyendo también cuestiones planteadas por el equipo investigador para la valoración de la utilidad de la teleconsulta.

Se ha trabajado en una Zona Básica de Salud rural.

RESULTADOS

Tras la realización de las 220 encuestas del estudio, tenemos que: 90 (40,91%) participantes son hombres y 130 (59,09%) son mujeres.

Del total de encuestados: 29 (13,18%) participantes no quisieron responder., 19 (8,64%) no recordaban haber realizado consulta telefónica pese a aparecer en la agenda, 151 (68,64%) consultaron para el personal médico y 21 (9,55%) consultaron para el personal de enfermería.

Por tanto, considerando las 172 encuestas válidas, encontramos que en el total de atenciones prestadas: 95 (55,23%) eran consultas que el propio paciente hacía y 77 (44,77%) fueron consultas que hicieron terceras personas en nombre del paciente. Un total de 8 (4,65%) consultas fueron exclusivamente para fines administrativos, y 164 (95,34%) fueron por problemas médicos.

De éste último dato (164 problemas médicos), 122 (74,39%) pudieron resolverse exclusivamente de manera telefónica y en 42 (25,60%) casos fue necesaria consulta presencial.

Del total de consultas resueltas por vía telefónica (122), en 41 (33,60%) casos se necesitó revisión posterior, de los cuales, en 18 (43,90%) casos fue telefónica y en 23 (56,09%) casos fue presencial.

DISCUSIÓN

Con todos los datos anteriores, podemos concluir que la consulta telefónica ha tomado un protagonismo mayor al que se ha encontrado en otros contextos, como vimos en los artículos "La Consulta telefónica en Atención Primaria, ¿está justificada?"¹ e "Implantación de una consulta telefónica a demanda en Atención Primaria"², donde se vio que la consulta telefónica puede llegar a suponer hasta un 3,6% de la actividad asistencial en un contexto normal, con una resolución del problema en un 84,4% de los casos y evitando la asistencia presencial en el 79,9% de las ocasiones.

En nuestro caso, con una agenda para atención prioritariamente telefónica, ha podido evitar visitas presenciales en el 74,39% de los casos.

Así pues, tras estos hallazgos consideramos de vital importancia fomentar y protocolizar la atención telefónica, ya que supone un recurso justificadamente valioso para la Atención Primaria y evita consultas presenciales innecesarias. Tanto en un contexto de pandemia como en un contexto de "normalidad", la consulta telefónica supone una mejora de la accesibilidad y un recurso asistencial

que agiliza la atención. Enfocado también a que el paciente tome mayor conciencia de la importancia de su autocuidado y mejore su implicación en los problemas de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Monsalve Saiz M, Peñalba Citores AC, Lastra Gutierrez S. La consulta telefónica en Atención Primaria ¿está justificada?. Rev Pediatr Aten Primaria.2013;15:329-31
2. García Granja N, García Ramón E, Hidalgo Benito A, Hernández Carrasco M, de la Fuente Ballesteros SL, García Álvarez I. Implantación de la consulta telefónica a demanda en atención primaria. Rev Soc Esp Med Gen Fam. 2018;7(2):51-54.
3. Zapater Torras F. Utilidad, eficiencia y límites de la atención telefónica. Rev FMC. 2015;22(10):541-3
4. Modroño Freire, M.J., Vílchez Dosantos, S., Rodríguez Gomez, S. Consulta telefónica no urgente en atención primaria. Cad Aten Primaria Año 2016 Volumen 22 Extraordinario Páx. 14 – 18.
5. M.E. Toribio-Díaz, J. Morera-Guitart, I. Pérez-Cerdá, S. Palao-Duarte, C. MoralesEspinosa REV NEUROL 2009; 48 (5): 231-236 Descripción y análisis del sistema de actividad telefónica implantado en una unidad de demencias.

POSTER 35**AUTORES/AUTHORS:**

Jenny Amparo Lozano Beltrán

TÍTULO/TITLE:

La esterilización femenina en mujeres: ¿una elección libre?

Objetivo: Indagar las circunstancias que intervinieron en la elección de la esterilización femenina como método de planificación en mujeres en vulnerabilidad social de la ciudad de Bogotá. **Metodología:** estudio cualitativo, descriptivo, multicaso, mediante técnica bola de nieve se realizaron entrevistas semiestructuradas de manera telefónica, pese al confinamiento por COVID-19 a 12 mujeres mayores de 18 años que se practicaron la esterilización en los últimos diez años, hasta saturar la información. Indagó sobre las circunstancias que intervinieron para la elección de la esterilización femenina como método de planificación en contextos de vulnerabilidad, siendo una decisión libre o influenciada por circunstancias de la atención en salud o del entorno de las usuarias, teniendo en cuenta el fenómeno presentado en Colombia en los últimos diez años pese al alto número de mujeres que han accedido al método y el desconocimiento de las razones que han generado la demanda del mismo, teniendo presente la necesidad en garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos, la libertad y autonomía de las mujeres como compromiso nacional y mundial mediante los ODS. La información recolectada fue analizada mediante software NVIVO.

Resultados: Las mujeres participantes se encontraban entre los 20 – 40 años, residían en barrios de estrato socioeconómico 2 en la ciudad de Bogotá, Colombia. Nueve de las mujeres realizaban trabajo no remunerado en el hogar, 5 eran solteras, 4 casadas y 3 en unión libre; solo una de las mujeres era nulípara. 10 mujeres utilizaron métodos de regulación modernos antes de la esterilización, sin asesoría del personal de salud, sino de familiares, amigos y farmacias, siendo los más usados las pastillas y los inyectables, estos últimos suspendidos por efectos adversos como migraña y sangrado uterino anormal; una tomó levonorgestrel 1,50mg cada dos a tres meses para evitar la gestación.

Para optar por la esterilización, 3 mujeres recibieron asesoría frente al procedimiento, el restante desconocía la realización y las implicaciones, especialmente por el tipo de incisión a practicar durante el procedimiento. Una participante refirió haberse realizado el procedimiento sin desearlo, aconsejado por el personal de enfermería, ocasionando afecciones emocionales en el corto y largo plazo. La violencia ginecoobstétrica y el trato inhumano fue imperante en los relatos, asociando tales prácticas a la generación de miedo y desconfianza en la realización del procedimiento en las mujeres participantes. El consentimiento informado, se consideró un documento diligenciado en la intervención quirúrgica, como parte de los requisitos para el acceso a la intervención quirúrgica pero del cual se desconocía su contenido. De otro lado, cuatro mujeres sugieren que la realización del procedimiento debe realizarse a otras mujeres con vulnerabilidad económica, social, múltiparas y en trabajo sexual, exacerbando, replicando y perpetuando posturas normativas desde lo patriarcal

Discusión: La esterilización es un procedimiento divulgado para mujeres múltiparas pero limitado en nulíparas a nivel social y desde el ámbito clínico. Este estudio permitió la identificación de falencias durante la prestación de servicios de salud, afirmando que la esterilización es un procedimiento realizado con desconocimiento por parte de las mujeres, alejándose de los principios de libertad al no contar con información suficiente para la elección, vulnerando la autonomía de las mujeres que optan por tal opción desde su deseo de no desear su reproducción, asumiendo el riesgo de manera individual para obtener un beneficio perdurable en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Beauvoir, S. (1949). La Madre. En *El segundo sexo*. Colombia: Editora Géminis Ltda: 1-356
- Cantillo, B (2016). Análisis del derecho a la elección libre de la maternidad en el ordenamiento jurídico colombiano. Trabajo final de maestría en Derecho con profundización en Derecho Constitucional. Universidad Nacional de Colombia.
- Carranza, M. (2004). Sobre una relación «prolífica». El papel de «la salud» en la propagación de la esterilización contraceptiva en Costa Rica. *Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus*;24.
- Congreso de la República. (1993). Ley 100. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (1993). Documento CONPES social 161. Equidad de género para las mujeres.
- Escobar, M., Novoa, E. (2016). Análisis de formatos de consentimiento informado en Colombia. Problemas ético-legales y

dificultades en el lenguaje. *Revista Latinoamericana de Bioética*;16(1).

Folch, B., Betstadt, S., Li, D., Whaley, N. (2017). The Rise of Female Sterilization: A Closer Look at Colombia. *Matern Child Health J*; 21.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

O'Connel, C., Zampas, C. (2019). The human rights impact of gender stereotyping in the context of reproductive health care. *Int J Gynecol Obstet*; 144.

Organización de Naciones Unidas (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Septuagésimo cuarto período de sesiones.

Organización Mundial de la Salud. (1993). Esterilización Femenina, guía para la prestación de servicios.

Teodósio, M., Nanes, G. (2017). Obstáculos na procura pela esterilização feminina entre mulheres do Bolsa Família. *Cad. Saúde Pública*;33(4).

Thomas, F. (2006). Resignificando la maternidad a la luz de los derechos sexuales reproductivos. En Viveros, M. *Saberes Culturas y Derechos Sexuales en Colombia*. Tercer Mundo Editores del Grupo TM s.a.

Toshio, S. (2017). Desencontros entre direitos e desejo da mulher e a decisao da equipe médica na prática da esterilizacao cirurgica. *Universiade de Sao Paulo*: 1-169

UNFPA. (2012). Si a la opción, no al azar. Planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo. Estado de la población mundial 2012.

POSTER 37**AUTORES/AUTHORS:**

Elia Fernández Martínez

TÍTULO/TITLE:

¿Por qué acuden a prácticas clínicas las estudiantes de enfermería con dolor menstrual severo y síntomas asociados?

1. **Objetivo:** Explorar los motivos de presentismo en prácticas clínicas de enfermería en relación a dolor menstrual severo y síntomas asociados que perciben como incapacitantes.
2. **Métodos:** Se realizó una pregunta abierta a 35 estudiantes de enfermería con dolor menstrual severo y síntomas asociados que ellas manifestaron como incapacitantes (mareos, dolor de cabeza, náuseas, vómitos...). Las respuestas fueron analizadas de manera cualitativa mediante análisis de contenido y posteriormente fueron validadas las categorías con los propios participantes.
3. **Resultados:** Se obtuvieron 3 categorías: miedo a repercusión académica e incompreensión. En relación al miedo a la repercusión académica manifestaron miedo a que faltar por el dolor menstrual les repercutiese académicamente hasta el punto de poder suspender prácticas clínicas u obtener menor calificación “no es motivo justificado”, “me bajarían la nota de prácticas”, “si me ausento 3 días al mes me suspenden prácticas”. En la misma línea, todas manifestaron preocupación por no ser comprendidas: “los hombres no lo van a entender” “la gente creería que exagero para faltar” “las enfermeras de mi planta no me creerían si faltase por esto, yo me he llegado a inventar otro motivo”, y algunas hicieron referencia a sentimientos de vergüenza al respecto “me da corte decir a los compañeros o a las tutoras que no voy por dolor de regla”.
4. **Discusión:** El presentismo en el contexto enfermero ha demostrado disminuir la calidad del cuidado y la seguridad del paciente, dado que hay evidencia de que eleva el riesgo de accidentes como los relacionados con la administración de medicación. Sin embargo, parece que las estudiantes de enfermería no se sienten comprendidas y acuden a prácticas clínicas a pesar de sentirse con dolor severo y síntomas incapacitantes. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de mayor información sobre los problemas menstruales lo que contribuiría a mayor sensibilización comunitaria al respecto. También plantea la necesidad de revisar las estrategias implantadas en el contexto universitarios de prácticas clínicas para disminuir el absentismo, dado que pueden estar influyendo negativamente en otros aspectos relacionados con la atención al paciente y provocando sentimientos negativos de frustración e incompreensión en las propias estudiantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Abreu-Sánchez, A., Ruiz-Castillo, J., Onieva-Zafra, M. D., Parra-Fernández, M. L., & Fernández-Martínez, E. (2020). Interference and Impact of Dysmenorrhea on the Life of Spanish Nursing Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6473. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186473>
2. Armour, M., Parry, K., Manohar, N., Holmes, K., Ferfolja, T., Curry, C., MacMillan, F., & Smith, C. A. (2019). The Prevalence and Academic Impact of Dysmenorrhea in 21,573 Young Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Women's Health*, 28(8), 1161–1171. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7615>
3. Fernández-Martínez, E., Onieva-Zafra, M. D., Abreu-Sánchez, A., Fernández-Muñoz, J. J., & Parra-Fernández, M. L. (2020). Absenteeism during menstruation among nursing students in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph17010053>

POSTER 38**AUTORES/AUTHORS:**

Carolina Henriques, Paulo Santos

TÍTULO/TITLE:

Embarazo y encuadernación de bebés en mujeres adictas

Objetivos: Al principio, muchas madres están perturbadas por sentimientos de angustia y molestia cuando quedan embarazadas, en esta investigación buscamos determinar el nivel de apego prenatal o las adictas embarazadas que asisten al programa de sustitución de narcóticos de un Centro de Salud en Portugal, así como, verificar la relación entre el número de consultas de enfermería realizadas y la frecuencia del curso de preparación para el parto, con el nivel de apego prenatal de estas mujeres.

Métodos: Metodología cuantitativa, a través de un estudio correlacional, aplicado en un solo momento a través de un cuestionario que consta de datos sociales, demográficos y clínicos y la "Escala de vinculación emocional prenatal" (Condon, 1993).

Resultados: Con respecto al nivel de apego prenatal, y considerando que el valor máximo para la escala es 80, las adictas embarazadas tienen un promedio de 53.53 (Sd = 24.10), que está por encima del valor promedio de la escala, lo que destaca que estas mujeres embarazadas tienen un valor de fijación prenatal satisfactorio. Se encontró que cuanto mayor es el número de consultas de enfermería para la vigilancia del embarazo, mayor es el nivel de apego prenatal, también observando que las adictas embarazadas que asisten al curso de preparación para el parto presentan niveles más altos de apego prenatal ($p < 0.05$).

Discusión: En esta investigación, pudimos verificar que el nivel de apego prenatal es satisfactorio, sin embargo, a través del análisis descriptivo de los diferentes ítems, verificamos polarizaciones extremas en relación con los comportamientos y actitudes vinculantes para el bebé, es decir, si por un lado tenemos mujeres embarazadas que desarrollan comportamientos de gran afecto por su bebé, otros son aquellos que se distancian de su embarazo. En cualquier mujer, el embarazo reflejará toda su vida antes de la concepción, el deseo de tener un hijo incluye el deseo de ver reflejado en el niño las marcas de nuestra propia creatividad y capacidad de educar. Para estas mujeres aceptar el embarazo es aceptar la realidad, es decir, integrar el embarazo dentro de sí mismas, lo que puede permitir que estas mujeres cambien sus hábitos de vida. Descubrimos en esta investigación que ninguna de estas mujeres planeó su embarazo, y para la mayoría no se desea el embarazo. Con respecto a los factores que promueven el apego prenatal, se observó que cuanto mayor es el número de consultas de enfermería para la vigilancia del embarazo, mayor es el nivel de apego prenatal, y señala que las adictas embarazadas que asisten al curso de preparación para parto, tienen niveles más altos de fijación prenatal. Estos datos corroboran la comprensión de que es fundamental aceptar que nos enfrentamos a una realidad singular y específica y que debemos hacer esfuerzos para satisfacer sus necesidades, a través de proyectos de intervención específicos para esta población, consolidando las intervenciones de enfermería en este campo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Condon J. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66:167-183.

POSTER 41

AUTORES/AUTHORS:

BEATRIZ BLANCO GONZALEZ, ELENA ANDINA DIAZ, ENEDINA QUIROGA SÁNCHEZ, MARÍA GONZÁLEZ GALLEGU, MARÍA JOSÉ RAMOS CARBAJO, HENAR BONILLO DE LAMO, ROGELIO ROJAS CASTELLANOS, ROSARIO LÓPEZ PÉREZ, MARIA CRISTINA BERNEDO GARCÍA

TÍTULO/TITLE:

El papel de los padres en la obesidad infanto-juvenil: La importancia de su opinión

La obesidad infanto-juvenil ha sido catalogada como epidemia mundial. Como enfermedad multifactorial que es, son muchos los aspectos a tener en cuenta a la hora del diseño de una estrategia efectiva y de calidad. En este sentido, resulta importante destacar el papel de los padres en el aumento de la prevalencia de la obesidad entre sus descendientes, ya que tienen un papel clave en la prevención de la enfermedad y en el fomento de hábitos saludables. Se ha reflejado en la literatura una ausencia del análisis de la opinión de los usuarios y puesto que están involucrados en multitud de intervenciones, es vital conocer qué piensan con el fin de poder mejorar el trabajo llevado a cabo respecto a la obesidad infantil.

Objetivo. Describir las creencias y actitudes de padres/cuidadores de niños/as usuarios del Sistema de Salud, en materia de hábitos saludables y prevención de la obesidad infanto-juvenil.

Metodología. Estudio descriptivo exploratorio con aproximación cualitativa. Los participantes fueron los padres/cuidadores captados mediante criterios de conveniencia, en las consultas de pediatría del CS de Ponferrada II (León). Como criterios de inclusión se consideró que podrían participar de este estudio padres/cuidadores de niños de entre dos y 12 años de edad que acudieron a centro de salud (revisión del niño sano/atención del niño enfermo) que voluntariamente accedieron a participar. La técnica de recogida de información fue un Grupo Focal, llevado a cabo en el mes de enero de 2020, y que estuvo compuesto por 7 padres/cuidadores (6 mujeres y un hombre). Se realizó análisis manual de contenido temático. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética.

Resultados. La media de edad de la muestra fue de 44.3 ± 2.9 años. Los resultados fueron organizados en 7 categorías principales: Condiciones de empleo, Exclusión social, Programas de salud pública y determinantes sociales, Desarrollo infantil temprano, Globalización, Urbanización (según la OMS, 6 de los Determinantes Sociales de Salud) y Factores educacionales. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la conciliación laboral supone una barrera en la lucha contra la obesidad, siendo la "falta de tiempo" el obstáculo más frecuente para inculcar unos hábitos de alimentación y ejercicio físico adecuados. También se reconoce la red familiar, social y el entorno escolar de los niños como varios de los principales factores influyentes en esta materia.

Discusión. La falta de tiempo, es reconocida por otros investigadores como una de las barreras más frecuentes, con las que las familias se encuentran, a la hora de llevar a cabo e inculcar a los más pequeños, unos hábitos de alimentación y ejercicio físico adecuados. En general, los hallazgos de nuestro estudio son afines otros encontrados en la literatura.

Conclusiones. Se pone de manifiesto las preocupaciones de los padres, respecto a las principales barreras encontradas a la hora de instaurar unos hábitos de vida saludable. Esta información resulta relevante en el diseño de futuras intervenciones relacionadas con esta materia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Abalde-Amoedo, N. y Pino-Juste, M. R. (2015). Influencia del entorno familiar y escolar en la práctica de actividad física. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 5, 112-116. <https://doi.org/10.17979/reipe.2015.0.05.363>

Álvarez, J. S. y Hernández, M. A. (2016). Percepción de los padres de los hábitos físico-deportivos, alimenticios y académicos del alumnado de Educación Primaria. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 209-217. <https://doi.org/10.6018/reifop.19.3.267351>

Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M. J., Pons, M., Pujo, I. E., Rodríguez, D. y Saura, S. (2014). Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol).

Borràs, P. A. y Ugarriza, L. (2013). Obesidad infantil: ¿nos estamos equivocando? Principales causas del problema y tendencias de investigación. *Apunts. Medicina de l'Esport*, 48(178), 63-68.

Branscum, P. & Sharma, M. A. (2011). Systematic analysis of childhood obesity prevention interventions targeting Hispanic children: lessons learned from the previous decade. *Obes Rev.* 12(5), 151-158. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20977600>

Cabrera-Escobar, M. A., Lennert-Veerman, J., Tollman, S., Bertam, M., Hofman, K. & Escobar, M. (2013). Evidence that a tax on

sugar-sweetened beverages reduces the obesity rate: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 13, 1072.

Cislak, A., Safron, M., Pratt, M., Gaspar, T. & Luszczynska, A. (2012) Family-related predictors of body weight and weight-related behaviours among children and adolescents: a systematic umbrella review. *Child Care Health Dev*, 38(3), 321-331.

Cruwys, T., Bevelander, K. E. & Hermans, R.C. (2015). Social modeling of eating: a review of when and why social influence affects food intake and choice. *Appetite*, 86, 3‐18. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.08.035>

Greves-Grow, H. M., Cook, A. J., Arterburn, D. E., Saelens, B. E., Drewnowski, A. & Lozano, P. (2010). Child obesity associated with social disadvantage of children's neighborhoods. *Soc. Sci. Med*, 71, 584–591. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.018>

Hamui-Sutton, A. y Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación En Educación Médica*, 2(5), 55-60. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72683-8](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72683-8)

POSTER 44**AUTORES/AUTHORS:**

Olga Corral Rodriguez, Ainara Enériz Sánchez, Elena Fernández Sánchez, Iranzu López de Zubiría Platero, Luis Ignacio Mendibil Crespo

TÍTULO/TITLE:

Experiencia de educación para la salud en adolescentes mediante Instagram. OSAGRAM (Osasun Instagram)

Objetivos: Evaluar una experiencia de educación sanitaria en adolescentes, sobre temas de salud elegidos por ellos, utilizando Instagram. Valorando un cambio en sus conocimientos, actitudes, así como su satisfacción y adherencia con la actividad.

Métodos:

Diseño: Se realizó un estudio descriptivo transversal en una primera fase, en la que los adolescentes eligieron 3 temas de salud de una lista de recomendados en la bibliografía.

En segunda fase, se llevó a cabo un estudio cuasi experimental sobre los conocimientos y actitudes que tenían antes y después de una intervención de educación para la salud de los 3 temas elegidos utilizando la herramienta Instagram.

La intervención en Instagram, consistió en publicar información sobre los temas de salud, dedicándole una semana a cada tema, en total 3 semanas. Antes y después de la intervención se les pidió que rellenaran el mismo test de forma anónima y autocumplimentada para valorar los cambios en conocimientos y actitudes, además, de rellenar al finalizar una encuesta de satisfacción.

Sujetos: 244 estudiantes de 1º de bachillerato participaron en la elección de los temas y 204 iniciaron la actividad en Instagram (no siguieron 12 por no tener cuenta y 28 no quisieron). Pertenecían a cinco centros educativos de Bizkaia, de las 4 zonas básicas de salud en que trabajaban las investigadoras.

Variables: 12 temas de educación para salud (podían elegir un máximo de 3); 16 cuestiones sobre conocimientos y actitudes pre-test y pos-test; percepción de mejora personal; satisfacción global con la actividad.

Análisis de datos: Estimación de medias y proporciones. Comparación de proporciones con la prueba X².

Dieron su consentimiento informado y el estudio fue aprobado por el comité ético de investigación de Euskadi PI2019163.

Resultados

Los tres temas más votados fueron salud mental elegido por el 55%, sexualidad por el 54% y primeros auxilios con 39%.

De las 204 personas al inicio de la intervención, al finalizar 155 personas seguían la cuenta de Instagram, contestaron al pre-test 134 personas y al pos-test 62.

Tras la realización de la intervención se encuentra un aumento estadísticamente significativo ($p < 0.05$) en los conocimientos relacionados con el tratamiento para el insomnio, el concepto de género, la fisiología de la erección del pene, la protección frente a las ETS por los anticonceptivos y con la actuación ante la obstrucción de la vía aérea.

Respecto al resto de conceptos, no hubo una diferencia estadísticamente significativa, se observaron un aumento en el porcentaje de aciertos en el pos-test, salvo en tres de ellos en los que hubo una disminución.

Un 69% (43 personas) refirieron que Instagram podía ser buena herramienta para promocionar la salud, frente al 27% (17) de indecisos y un 3% (2) que estaban en desacuerdo.

Un 61% (38) refirió que habían mejorado mucho o bastante sus conocimientos.

En la satisfacción global del programa en una escala del 1 al 10 la media de respuesta fue de un 7,5.

Discusión:

Este estudio muestra que los adolescentes prefirieron recibir educación sobre salud mental, sexualidad y primeros auxilios; antes que sobre temas como alcohol y drogas.

Para quienes participaron, Instagram puede ser una buena herramienta para mejorar los conocimientos en la población adolescente a corto plazo (61%). Resultado acorde al obtenido en otros estudios en los que se han utilizado otras redes sociales como Facebook (1,2,3).

También, el aumento de los conocimientos fue estadísticamente significativo en 5 conceptos, a corto plazo, al igual que muestran otros estudios con tamaños muestrales mayores(4-6) .

La satisfacción con el programa general ha sido alta y la gran mayoría opina que Instagram puede ser una buena herramienta para promocionar la salud, lo que demuestra que les ha gustado esta nueva manera de aprender. La buena acogida de las redes sociales como herramientas de educación para la salud es también resultado de estudios con intervenciones similares(7,8).

Este estudio cuenta con varias limitaciones: 4 de las investigadoras eran noveles; ninguna tenía formación en técnicas de comunicación en redes sociales; solo se contó con 1 año para llevar a cabo la investigación completa; y, el pre y pos-test se realizó mediante un cuestionario ad hoc, que se podría mejorar. Además, hay quienes abandonan el estudio o no contestan los tests, y era anónimo, no pudiendo conocer los avances individualmente, por ello lo consideramos un trabajo exploratorio que aporta posibles datos interesantes a confirmar en estudios más sólidos.

Solo se evaluó el cambio de conocimientos y actitudes a corto plazo. Al igual que otros autores, creemos necesarias nuevas investigaciones que realicen una intervención a largo plazo y con una muestra más amplia de la población (3,5,9).

En conclusión, la utilización de redes sociales como Instagram para dar educación para la salud en la población adolescente puede ser efectiva a corto plazo, además de ser bien aceptada por los adolescentes por lo tanto es recomendable usarla en futuras intervenciones de educación para la salud con este grupo poblacional.

No ha habido conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Nour M; Yeung SH, Partridge S, Farinelli MA. A Narrative Review of Social Media and Game-Based Nutrition Interventions Targeted at Young Adults. *J Acad Nutr Diet.* 2017; 117 (5): 735- 52.
2. Michelle SH, Rouf A, Allman-Farinelli M. Effectiveness and Behavioral Mechanisms of Social Media Interventions for Positive Nutrition Behaviors in Adolescents: A Systematic Review. *Journal of Adolescent Health.* 2018; 63: 531- 45.
3. Maher et al. Maher CA, Lewis LK, Ferrar K, Marshall S, De Bourdeaudhuij I, Vandelanotte C. Are Health Behavior Change Interventions That Use Online Social Networks Effective? A Systematic Review. *J Med Internet Res* 2014;16(2):e40
4. Napolitano MA, Hayes S, Bennett GG, Ives AK, Foster GD. Using Facebook and Text Messaging to Deliver a Weight Loss Program to College Students. *Obesity.* 2013; 21 (1): 25-31.
5. Bull SS, Levine DK, Black SR, Schmiede SJ, Santelli J. Social media- delivered sexual health intervention: a cluster randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2012; 43(5): 467-74.
6. Litt DM, Stock ML. Adolescent alcohol-related risk cognitions: The roles of social norms and social networking sites. *American*

Psychological Association. 2011; 25(4): 708-13.

7.Aragão JMN, Gubert FA, Torres RAM, Silva ASR, Vieira NFC. The use of Facebook in health education: perceptions of adolescent students. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(2):265-71

8.Timothy, P.G.; Jeffrey, B.; Kaitlyn, L.; Margarita, V.D. Delivery of educational content via Instagram. Med. Educ.2016, 50, 575–576.

9. Cookingham LM, Ryan GL. The Impact of Social Media on the Sexual and Social Wellness of Adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2015; 28: 2-5.

POSTER 46**AUTORES/AUTHORS:**

MARÍA CRISTINA BERNEDO GARCÍA, ESTHER FERNANDEZ MARTÍNEZ, JUAN MIGUEL SÁNCHEZ MARTÍN, MAGALI CANEDO BALBONA, SHEILA MARÍA PRIETO DE LA TORRE, BEATRIZ BLANCO GONZALEZ, XOSÉ MANUEL MEIJOME SÁNCHEZ, JOSÉ JAVIER JUAREZ ARIAS

TÍTULO/TITLE:

¿ES FACTIBLE INVESTIGAR LA ANSIEDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO A LA PUERTA DEL QUIRÓFANO?

INTRODUCCIÓN: La ansiedad preoperatoria es un problema frecuente y desafiante con efectos nocivos sobre el desarrollo de procedimientos quirúrgicos y resultados postoperatorios.

En 1996, Moerman et al., desarrollaron la escala APAIS para medir de forma específica la ansiedad del paciente a la puerta del quirófano(1). Esta escala ha sido validada en castellano por Vergara-Romero en 2017 pero su aplicabilidad es puesta en duda por los profesionales debido a la presión asistencial y otros factores(2).

Por este motivo, en el marco de un proyecto de mejora de la atención a personas portadoras de prótesis sensoriales (gafas y audífonos) en quirófano, nuestra investigación tuvo como objetivo medir el nivel de ansiedad prequirúrgica pre-post mediante la puesta en marcha de un protocolo de custodia de prótesis; con el fin de explorar la factibilidad de la realización de estudios sobre la ansiedad preoperatoria a la puerta del quirófano.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseñó un estudio observacional descriptivo, dividido en dos fases. Se utilizó la escala APAIS para evaluar la ansiedad prequirúrgica, además de añadir una pregunta sobre el recuerdo del nombre de quien hace el LVSQ y el cuestionario.

La recogida de datos de la 1ª fase se llevó a cabo de noviembre de 2019 a febrero de 2020, previa autorización del Comité de Ética de Investigación Clínica. A los pacientes se les explicó en qué consistía el estudio, invitándoles a participar de forma anónima y voluntaria. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y análisis bivariado.

Se registran las observaciones de los profesionales respecto a las dificultades para realizar la toma de muestra.

RESULTADOS: Participaron en el estudio un total de 53 sujetos. Ningún paciente rechazó realizar el test tras solicitarle firmar el consentimiento para participar en el estudio. En ocasiones los profesionales participantes se sintieron cohibidos para realizar el test, ya que fueron interrumpidos durante la recogida de datos, por comentarios procedentes de otros compañeros.

La media de edad fue de $63,22 \pm 17,91$, 53% mujeres. El 75% fueron intervenidos por Cirugía (CGD), 70% con anestesia general, 96% intervención programada, un 32% era portador habitual de gafas y un 7,54% de audífono. Sólo un 36% de los participantes recordaron el nombre del entrevistador.

Puntuación APAIS: $12,71 \pm 6$. No se observa ninguna significación respecto a las variables demográficas o asistenciales. Las respuestas referidas a la Cirugía presentaron mayor puntuación de forma significativa respecto a las de anestesia ($7,15 \pm 3,63$ vs $5,56 \pm 3$) $p < 0,001$.

En la puntuación APAIS de anestesia resultó significativa la diferencia respecto a la especialidad quirúrgica ($5,07 \pm 2,83$ CGD vs $7,07 \pm 3,14$ no CGD) $p < 0,05$.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: Nuestros pacientes presentan ansiedad moderada (12,7 sobre 30), mostrando mayor preocupación por lo relativo a la cirugía que por la anestesia. Este hecho podría explicarse por el grado de información que reciben en dichas consultas. La medición de la ansiedad a la puerta del quirófano presenta bastantes barreras que pueden influir en su resultado. La ansiedad del paciente debería ser tenida en cuenta desde el inicio del ingreso hospitalario con el fin de prevenir o minimizarla; favoreciendo una rápida recuperación(3).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth Analg.* 1996; 82:445–51.
2. Vergara-Romero M, Morales-Asencio JM, Morales-Fernández A, Canca-Sanchez JC, Rivas-Ruiz F, Reinaldo-Lapuerta JA. Validation of the Spanish version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 20 de febrero de 2020];15(1):120. Disponible en: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-017-0695-8>

3. Wilson CJ, Mitchelson AJ, Tzeng TH, El-Othmani MM, Saleh J, Vasdev S, et al. Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *The American Journal of Surgery*. 2016; 212 (1), 151-159. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.03.023>

POSTER 47**AUTORES/AUTHORS:**

JESÚS BUJALANCE HOYOS, MARÍA TERESA PÉREZ JIMENEZ, ANA CARMEN GONZALEZ ESCOBOSA, LUIS FRANCISCO TORRES PEREZ, MARIA SOLEDAD JIMENEZ FERNANDEZ, RAQUEL LOPEZ SUAREZ, INMACULADA RUANO RUANO, MARIA JOSE FERNANDEZ ALVAREZ, SILVIA SÁNCHEZ GÓMEZ

TÍTULO/TITLE:

Cambios en la Práctica sobre el Cuidado de los Dispositivos Venosos tras la implantación de la GBP de la RNAO

Introducción:

La terapia intravenosa (TIV) es la administración de sustancias líquidas para la hidratación, administración de fármacos o nutrición, directamente en una vena a través de una aguja o un catéter de plástico, permitiendo directamente el acceso al torrente sanguíneo. Comparada con otras vías, la vía intravenosa (IV) es la vía de administración más rápida para aportar soluciones y en otros casos la única vía posible, como en el caso de transfusiones sanguíneas (1). Es el procedimiento invasivo más frecuentemente utilizado en los hospitales, sobre el cual la Food and Drug Administration de EEUU informó de la aparición de 250 tipos de complicaciones diferentes relacionadas con la administración de TIV (2). La presencia de dichas complicaciones fue debida, fundamentalmente a la variabilidad en los criterios de indicación, de mantenimiento y de sustitución del catéter, medidas de higiene o de preparación de la zona de inserción, entre otras, conllevando disconfort para el paciente, deterioro y/o agotamiento vascular, riesgo de sufrir infecciones relacionadas con el catéter así como el gasto derivado de estas complicaciones y de la inadecuada gestión de los recursos. Es continua la publicación de información sobre inadecuación en el uso de TIV y la repercusión de las complicaciones sobre la supervivencia, el incremento en el número de días de hospitalización y el aumento de costes que tales circunstancias producen en el sistema sanitario (3).

Este proyecto se enmarca dentro del programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®/BPSO®) al cual pertenece el Hospital Regional Universitario de Málaga para la implantación de la Guía de Buenas Prácticas de Cuidados y Mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones (4).

Objetivos:

1. Describir los cambios en la práctica clínica en el cuidado de los dispositivos venosos (DV) tras la implantación de las recomendaciones basadas en la evidencia de la GBP de la RNAO fomentando la práctica basada en la evidencia (PBE).
2. Disminuir las complicaciones asociadas al uso de los dispositivos venosos.

Método:

Se llevó a cabo la metodología de implantación del modelo de CCEC-BPSO para la implantación de las recomendaciones de la Guía, siguiendo diferentes estrategias: formación, difusión, equipos de implantación, actualización de protocolos, desarrollo de proyectos de investigación, implantación de registros, etc.

Se evaluaron las diferencias de los cambios en la práctica y los resultados clínicos de las complicaciones asociadas al uso de los DV a través de un estudio descriptivo transversal comparando los datos de 2017 previos a la implantación con 2019 tras la implantación de las recomendaciones.

VARIABLES:

Cambios en la práctica: Valoración para la selección de los dispositivos de acceso vascular; Valoración de la zona de inserción y funcionalidad; Verificación por imagen de la punta del catéter; Cambio de apósitos de acuerdo a planificación, Número de sesiones clínicas de cuidados sobre DV, actualización de protocolos y desarrollo de proyectos de Investigación
Complicaciones asociadas al uso de los DV: Número de complicaciones nuevas relacionadas con el DV; Tipo de complicaciones del acceso venoso.

Cambios en la Práctica:

- Valoración para la selección de los dispositivos de acceso vascular: 7 (18,4%) (N=38) en 2017 y 110 (27,1%) (N=406) en 2019.
- Valoración de la zona de inserción y funcionalidad: 6 (15,8%) (N=38) en 2017 y 115 (28%) (N=410) en 2019.
- Verificación por imagen de la punta del catéter: 7 (87,5%) (N=8) en 2017 y 97 (89,8%) (N=108) en 2019.

- Cambio de apósitos de acuerdo a planificación: 4 (13,3%) (N=30) en 2017 y 123 (32,1%) (N=383) en 2019.
- Número de sesiones formativas: 1 curso y 2 sesiones.
- 2 actualizaciones de protocolos.
- 1 proyecto financiado.
- Número de complicaciones nuevas relacionadas con el DV: 5 (8,3%) (N=60) en 2017 y 145 (28,1%) (N=516) en 2019.
- Tipo de complicaciones del acceso venoso: Extravasación 7; flebitis grado 3; infección del catéter sin bacteriemia 2 (N=12) en 2017; Extravasación 6; Infiltración 36; Flebitis Grado 1 50; Bacteriemia 1; Trombosis 1; hematoma 1; Otros 33 (N=126) en 2019.

Discusión:

Debemos señalar que durante 2019 se ha producido la implantación de nuevos registros de enfermería ya que en 2018 los datos proporcionados son de la lectura de la historia clínica.

Los resultados nos indican cambios en la práctica clínica donde se observan un importante aumento en la valoración del dispositivo, funcionalidad del catéter y cambios de apósitos según protocolo.

Las enfermeras han participado en la actualización de protocolos, sesiones formativas y participación en proyecto financiado, aunque existe mucha dificultad en la cumplimentación de los nuevos registros y en la actualidad estamos desarrollando nuevas estrategias para aumentar la adherencia de las enfermeras al registro.

Han aumentado las complicaciones en el uso de los DV, que asociamos a un aumento del registro que tendrá que seguir siendo evaluado a lo largo del tiempo que nos servirá para desarrollar análisis estadísticos de inferencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Grupo de trabajo para la elaboración de la Guía de Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Guía de Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. AETSA, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.
2. Mermel LA, Farr BM, Sherertz RJ, Raad II, O'Grady N, Harris JS, et al. Guidelines for the management of intravascular catheter-related infections. Clin Infect Dis. 2001; 32: 1249–72.
3. Mestre G, Berbel C, Tortajada P, Gallemi G, Aguilar MC, Caylà J, Rodríguez-Baño J et al. (2012). Assessing the influence of risk factors on rates and dynamics of peripheral vein phlebitis: An observational cohort study. Medicina Clínica, 139(5): 185-91.
4. Registered Nurses' Association of Ontario. Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares. Toronto, ON. 2008. [consultado el 23/12/2018]. Disponible en http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_CuidadoAccesoVascular_spp_022014.pdf

POSTER 53**AUTORES/AUTHORS:**

Sonia Martin Martin, Bibiana Garcia Sanfeliu, Nuria Romero Aguilar, Gerard Mora Lopez, Silvia Roura Rovira, Ana M Rios Jimenez, Eulàlia Juvé Udina, Montserrat Artigues Lage

TÍTULO/TITLE:

Descripción del uso de los principales motivos de visita agudos por las enfermeras de AP de Cataluña

Objetivos:

Analizar el uso más prevalente de los motivos de visita aguda de baja complejidad protocolizados para la población adulta mediante el módulo del "Proceso de Atención" en la estación clínica ECAP por parte de las enfermeras de Atención Primaria de Cataluña.

Métodos:

Ámbito de estudio: Atención Primaria Cataluña.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo de carácter cuantitativo.

Método de obtención de datos: los datos se han obtenido a partir de un cuadro de mando elaborado por la dirección de cuidados del Institut Català de la Salut desde enero 2019 hasta marzo de 2020.

Análisis: frecuencias absolutas y porcentajes de los motivos de consulta agudos en población adulta y ligados a protocolos de actuación estandarizados dentro del ámbito competencial de enfermería.

Resultados:

Actualmente el proyecto ARES-AP (Armonización de Estándares de Cuidados en Atención Primaria) sigue en fase de implementación en los distintos equipos de Atención Primaria de Cataluña. Durante el periodo de estudio de dicho trabajo, de enero de 2019 a marzo de 2020, ha sido implementado en 222 unidades productivas de atención primaria del Institut Català de la Salut y otros proveedores.

Hay disponibles en ECAP de atención primaria de Cataluña 33 protocolos de motivos de visita aguda en población adulta.

Se han registrado un total de 163.029 motivos agudos de adultos desde enero 2019 hasta marzo de 2020. Los 10 protocolos de motivos de consulta agudos más registrados son: síntomas respiratorios de vías altas con un total de 34.247, molestias urinarias con 18.577, heridas con 17.794, odinofagia con 16.338, diarrea con 9.338, vómitos con 7.610, Dolor mecánico lumbar o dorsal con 6.560, mareo con 6.296, molestias en el oído con 5.646 y contusión con 4.766.

Discusión e implicación para la práctica:

Trabajar con protocolos estandarizados de los principales motivos de visita o situaciones de salud agudos, permite disminuir la variabilidad de la práctica clínica no justificable, potenciando una buena praxis de acuerdo con criterios científicos y de forma consensuada. Aporta seguridad en la prestación de cuidados así como en la toma de decisiones clínicas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**1. ARES primària**

http://ics.gencat.cat/ca/assistencia/cures-infermeres/atencio-primaria/ares_primaria/index-ap.html

2. DOGC Núm. 6412 del 8 de juliol de 2013 – Acord del Consell de Col·legis d'Infermeres i infermers de Catalunya de 19 de juny de 2013, pel qual s'estableixen directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada "gestió de la demanda".

3. DOGC Núm. 7153 del 1 de julio de 2016 – Acord per el desenvolupament de les directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada gestió infermera de la demanda establerta en virtut de l'Acord del mateix consell adoptat en la sessió plenària de 19 juny de 2013, pel qual s'estableixen directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada "gestió de la demanda".

4. Gestió de la demanda espontània. Grup de treball de la gestió de la demanda. Segona edició. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2009.

5. ARES primària

http://ics.gencat.cat/ca/assistencia/cures-infermeres/atencio-primaria/ares_primaria/index-ap.html

6. Juvé Udina M. E. Desarrollo de un sistema para la valoración clínica basado en la teoría de la complejidad y la ciencia enfermera. Nursing (Ed. Española). 2005; 23(5): 50-5

7. Juvé Udina, ME. ATIC. Eje diagnóstico. 1a Ed. Barcelona: Naaxpot SLU; 2016.
<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.naaxpot.atic>
<https://itunes.apple.com/es/app/atic-eje-diagn%C3%B3stico/id1232543449?mt=8>

8. Juvé Udina M. E. Salud, Entorno y Enfermería. Fundamentos filosóficos y teóricos para el desarrollo y la validación de una terminología enfermera de interfase (III). Revista de Enfermería ROL 2012; 35(6), 9-14

9. Gestión del día a día en el equipo de atención primaria. Grupo de urgencias y atención continuada de SEMFYC. Primera edición. Barcelona: SEMFYC; 2007.

POSTER 58**AUTORES/AUTHORS:**

Sandra Corral Puente, Raúl Soto Cámara, Mónica Fernández Porras, Sofía Angulo Hernando, Irene Julia Franco Rodríguez, Nuria Estébanez Lucio

TÍTULO/TITLE:

LA PROFESIÓN ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA: PERCEPCIÓN SOCIAL Y CONOCIMIENTOS

Objetivo: determinar la percepción social y los conocimientos que tienen los usuarios sobre los profesionales de enfermería en Atención Primaria.

Metodología: se ha llevado a cabo una revisión sistemática documental, utilizando las siguientes herramientas de búsqueda:

MEDLINE, CINAHL, COCHRANE y TRIPDATABASE.

La estrategia de búsqueda se estableció con las siguientes palabras clave, descriptores MESH: social perception, knowledge, nursing y primary health care; se utilizaron los operadores booleanos AND y OR; y se emplearon truncamientos para ampliar los resultados. La búsqueda se acotó entre los años 2015 y 2020, se revisaron artículos en inglés y español.

La selección final de estudios y la evaluación de la calidad metodológica se llevó a cabo mediante la herramienta STROBE y se realizó una revisión por pares, de manera independiente y ciega.

Resultados: se obtuvieron 336 artículos, de los cuales tras revisar el título se eliminaron 321 por no ajustarse al tema que se quería analizar. Una vez seleccionados los 15 artículos restantes y tras la lectura del texto completo y asegurar la calidad metodológica de los mismos, se seleccionaron 6 artículos, de los cuales, 5 son estudios descriptivos transversales y una revisión sistemática.

Los estudios descriptivos que se han analizado son de tipo transversal, desarrollados en población madrileña, gallega, sevillana y canaria; en estos se ha concluido que la nota media, en una valoración general a enfermería de Atención Primaria, es de notable.

Varios estudios coinciden en que la función de enfermería de Atención Primaria más conocida por la población es la asistencial, son las técnicas propiamente de enfermería, como curas, inyectables, control de constantes o analíticas y el seguimiento de la enfermedad crónica lo que más conocen; pero no conocen las funciones de docencia, investigación y gestión, así como, las competencias específicas de la especialidad de Atención Primaria, como son la prevención, la educación y promoción de la salud, la salud pública o la investigación. Además, sitúan a enfermería bajo las órdenes o la supervisión del médico.

Se puede concluir que la enfermería es una profesión poco visible y desconocida, que la sociedad no reconoce plenamente las competencias, autonomía e independencia, considerándola una profesión inferior a la medicina.

Discusión: la documentación revisada nos permite afirmar que los usuarios tienen una buena imagen social de la enfermera de Atención Primaria, pero que solo conocen la parte técnica y más asistencial de la profesión; y la vinculan a un papel secundario.

La visibilidad enfermera es mayor cuando existen más interacciones de cuidados con los usuarios, por ello, es fundamental, conocer la percepción y los conocimientos de la población, para saber qué conocen, para posteriormente aumentar así el nivel de cuidados enfermeros que se proporcionen desde Atención Primaria.

La calidad de los estudios revisados es variable, afectando a la validez, por lo que, sería necesario plantear nuevos estudios de calidad, que determinen la percepción social y los conocimientos sobre la enfermería de Atención Primaria por parte de la población.

En la realización de este trabajo no ha existido conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Donelan K, Buerhaus P, DesRoches C, Dittus R, Dutwin D. Public perceptions of nursing careers: the influence of the media and nursing shortages. Nurs Econ. [Internet].2008. [Citado el 15 de mayo de 2020]. 26(3):143-50, 165. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/5236756_Public_perceptions_of_nursing_careers_The_influence_of_the_media_and_nursing_shortages

Muñoz Cruz R, Consuegra Alférez MD. Imagen social de la enfermería en una población no sanitaria de la ciudad de Madrid.

NubCient [Internet]. 2015. [Citado el 7 de mayo de 2020]. 15-19. Disponible en:
http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Revista_nuberos_cien_3.pdf

Ramos Santana S, Brito Brito PR, Sánchez Nicolás MF, Fernández Gutiérrez DA. Grupo de Trabajo AVEAP Tenerife. Opinión de los pacientes acerca de la profesión enfermera en Atención Primaria. ENE, Revista de Enfermería. [Internet]. 2015. [Citado el 10 de mayo de 2020]. V, 9; n, 2. ISSN 1988 348X. Disponible en: <http://ene.enfermeria.org/oj>

POSTER 60**AUTORES/AUTHORS:**

M.Pilar Rodríguez-Soberado, Mercedes Fernández-Castro, Belén Martín-Gil, M. Fe Muñoz-Moreno, Responsables y coresponsables de la implantación de GBP en el HMC y HCUV

TÍTULO/TITLE:

Competencias en Práctica Basada en Evidencia de enfermeras clínico docentes frente a enfermeras clínicas

La incorporación de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) en la práctica clínica enfermera, es un reto para el desarrollo de la profesión y un elemento clave en la formación de futuros profesionales; considerándose una competencia esencial en la formación y evaluación profesional (1,2).

La intención de los estudiantes de usar PBE está influenciada por el nivel de confianza y los comportamientos percibidos durante las prácticas clínicas pre-grado (3), tuteladas por enfermeras clínico-docentes, en las que se desarrollan los programas basados en los conocimientos teóricos. Permitiendo a los alumnos mejorar y enriquecer las habilidades interpersonales de comunicación, pensamiento crítico, razonamiento ético y capacidad para la toma de decisiones (4).

Objetivo.- Comparar la autopercepción de competencias en PBE de las enfermeras clínicas-docentes vs enfermeras clínica, con el fin de detectar potenciales áreas de mejora.

Métodos.- Estudio descriptivo transversal mediante autoencuesta dirigida a enfermeras del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y Hospital Medina del Campo, de febrero a mayo de 2020. Se excluyeron las enfermeras de consultas; siendo la población de estudio de 803 enfermeras.

Se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas (sexo, edad), laborales (años de experiencia y enfermera clínica-docente grupo "G1" o enfermera clínica grupo "G2"), formación pregrado en PBE y metodología de la investigación, formación postgrado (master y/o doctorado, formación en PBE y metodología de la investigación y lectura de artículos científicos). La variable principal se midió con el cuestionario EBP-COQ prof©, instrumento que valora la competencia global, y las actitudes, conocimientos y habilidades en PBE de los profesionales. El cuestionario consta de 35 preguntas con respuestas tipo Likert con un rango de 1 a 5 (1 - 5 muy de acuerdo). La encuesta fue autocumplimentada online en LimeSurvey®, accesible en la intranet hospitalaria. Garantizándose el anonimato.

Las variables cualitativas se expresaron en forma de medias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación estándar. La comparación entre ambos grupos se consideró significativa para $p < 0.05$.

Resultados.- La tasa de respuesta fue del 22.5% (181). Se desestiman 10 encuestas por deficiente cumplimentación ($n = 171$).

El 48 % eran enfermeras clínico-docentes. El 18.3 % y el 11.2% eran hombres y la media de edad fue de 42.9 y 43.6 años respectivamente en G1 y G2.

La experiencia profesional se distribuyó en ≤ 15 años, de 16-25 años y > 25 años, siendo en G1 31.7%-43.9%-24.4 % y en G2 36%-34.8%-29.2%.

El 57.3% de las enfermeras clínico-docentes y el 68.3% de las enfermeras clínicas no han recibido formación pregrado en PBE y/o metodología de la investigación. El 2.2% y el 13.4 % siguen sin recibir formación postgrado en este tema, en comparación con el 26.9% en G1 y el 19.8% en G2 que afirman haber recibido > 150 horas en PBE y/o metodología de la investigación

Poseían título de master o doctorado El 28 % y el 23.6% en G1 y G2, respectivamente.

En el último mes habían leído al menos 3 artículos científicos el 32.9% de los profesionales de G1 y el 21.5% de G2.

La media de las competencias globales en PBE fue en G1 de 3.6 ± 0.6 y en G2 de 3.4 ± 0.6 . El mejor resultado se obtuvo, en ambos grupos, con la satisfacción de disponer de

evidencias para la práctica clínica (G1 4.65 ± 0.6 y G2 4.58 ± 0.7). El peor resultado se consiguió en G1 (2.6 ± 1) en la capacidad de interpretar la magnitud y precisión de un artículo científico y en G2 (2.5 ± 1) en la capacidad de evaluar la calidad metodológica de los artículos científicos.

La media comparada por ítems resultó significativamente mayor ($p < 0.05$) en 6 ítems para las enfermeras clínico-docentes vs

enfermeras clínicas: conozco los aspectos que determinan la calidad de la investigación cuantitativa ($p=0.017$), la investigación cualitativa ($p=0.001$), los grados de recomendación que avalan la implantaciones de intervenciones ($p=0.020$); me siento capaz de analizar un problema clínico a partir de la valoración del paciente y/o de la evaluación de sus resultados en salud ($p=0.014$), de colaborar o liderar cambios en la práctica clínica ($p=0.019$). Para mi práctica clínica consulto evidencias científicas ($p=0.040$).

Conclusiones/ Implicaciones para la práctica.- Las enfermeras clínico-docentes no autoperceben más competencias globales en PBE que sus compañeras. Sin embargo, presentan mayores competencias en investigación e interpretación de los grados de evidencia. Consultan más frecuentemente evidencias, y están más dispuestas a liderar cambios en la práctica. Estos resultados permiten proponer elementos de mejora a nivel individual y grupal que repercutirían en la formación de los alumnos.

Aunque no existe consenso con respecto al mejor modelo de formación pregrado en PBE, enfermeras clínico-docentes con un nivel alto en competencias en PBE contribuirían a fomentar el pensamiento crítico de los estudiantes, preparando a los futuros profesionales para integrar la mejor evidencia de la investigación con la experiencia clínica y las preferencias del paciente, consiguiendo mejorar la calidad de los cuidados y los resultados en salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Skela-Savic B, Hvalic-Touzery S, Pesjak K. Professional values and competencies as explanatory factors for the use of nursing. *J Adv Nurs*. 2017;73:1910--23.
2. Chen YC, Tang LC, Chou SS. Strategy for promoting evidence- based nursing practice in hospital. *Hu Li Za Zhi*. 2013;60:25
3. Ramis MA, Chang A, Conway A, David Lim D , Munday J, Nissen L. Theory-based strategies for teaching evidence-based practice to undergraduate health students: a systematic review. *BMC Medical Education*. 2019;19:267
4. Jansson I, Ene KW. Nursing students' evaluation of quality indicators during learning in clinical practice. *Nurse Educ Pract*. 2016;20:17–22.
5. Kyriakoulis K , Patelarou A, Laliotis , Wan AC , Matalliotakis M, Tsiou C, et al. Educational strategies for teaching evidence-based practice to undergraduate health students: systematic review. *J Educ Eval Health Prof*. 2016;13: 34.
6. Subhan, MS. Current Pedagogical Teaching Strategies being used by Educators at the Kwazulu Natal College of Nursing Campuses across Varied Subjects and their Views Regarding Innovative Methodologies. Durban University of Technology. 2014 . [Citado junio 2020] . Disponible en: <http://hdl.handle.net/10321/1262>
7. Ruzafa-Martinez M, Lopez-Iborra L, Armero-Barranco D, Ramos-Morcillo AJ. Effectiveness of an evidence-based practice (EBP) course on the EBP competence of undergraduate nursing students: a quasi-experimental study. *Nurse Educ Today*. 2016;38:82-87.
8. Felicilda-Reynaldo RD, Utlely R. Reflections of evidence-based practice in nurse educators teaching philosophy statements. *Nursing Education Perspectives*. 2015;36(2):89–94.
9. Lawal J, Weaver S, Bryan V, Lindo JL. Factors that influence the clinical learning experience of nursing students at a Caribbean school of nursing. *J Nurs Educ Pract*. 2016;6:32–39.

POSTER 62**AUTORES/AUTHORS:**

Geeta Parwanda

TÍTULO/TITLE:

To find out the relationship between spiritual health and the academic performance, compassionate

INTRODUCTION

Spirituality is a term rich in connotation For some people it is an expression for an elusive supernatural concept that cannot be totally grasped For others it represents another dimension a world of spirits separate from the world of the five senses For still others it is a set of concrete beliefs and dogma that represent an ultimate truth that is the basis of everything in

Spirituality has been known as an important aspect of holistic patient care and is a complex and subjective concept that can be applied in various fields

OBJECTIVES OF THE STUDY

To find out the correlation between the spiritual score the academic performance general well being compassion score among nursing internship students

To determine the association the post test spiritual score with selected demographic variables

Hypothesis

H01 There will be significant relationship between the spiritual score academic performance general well being and compassion score of internship students

H02 There will be significant association between the spiritual score of internship students and selected demographic variables

Research Design

Quasi Experimental one group post test design

POPULATION nursing students undergoing internship

SAMPLE Nursing Internship students in selected colleges

Sample Size: 99

TOOLS FOR THE DATA COLLECTION

Spiritual assessment scale Compassion scale(CCAT) GHQ28 Scale

RESULT Majority of the nursing students was Female and was intermediate. For majority the source of information regarding spirituality is their parents Majority of parents is having primary education Parent's occupation of the majority was self employed and belongs to nuclear family

Academic score is positively correlated with compassionate score 401 at 001 level whereas GHQ score is negatively correlated -630 with academic score

GHQ score is negatively correlated with academic score -630 and compassionate score -679

Compassionate score is positively correlated with academic score 401 whereas it is negatively correlated with GHQ Score -679

There is a significant relationship between academic score and compassionate score but no significance with GHQ score It states that the spiritual score do have impact on academic and clinical performance as they are positively co-related

There is significant relationship between academic score and compassionate score and no significance with GHQ score It states that the academic score have impact on the spiritual knowledge as well as the clinical performance

It states that the general well being of a nursing intern student doesn't have any impact on his spiritual knowledge academic performance and clinical performance

Compassionate score has a significant relationship with academic score but has no significance with GHQ It means that the compassionate care has impact on both the spiritual knowledge and academic performance

Female gender nursing student and younger age with intermediate education were significantly associated with high spiritual score

Students having source of information through parents and media were showing significant relationship with high spirituality Majority of students were non user of any substance/alcohol use were having significant association with high spiritual score

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Astrow, A., Pulchalski, C., and Sulmasy, D. (2001). Religion, Spirituality, and Health Care: Social, Ethical, and Practical

Considerations. American Journal of Medicine. 110:283-287.

2. Baldacchino, D.R. 2008. Teaching on the spiritual dimension in care: the perceived impact on undergraduate nursing students. Nurse Education Today, 28(4), pp.501-512.
3. Bengu Centinkaya (2013), Nurses' perception of spirituality and spiritual, The Australian journal of advanced nursing care conducted 31(1):5-10
4. Blanch, A. (2007). Integrating Religion and Spirituality in Mental Health: The Promise and the Challenge. Psychiatric Rehabilitation Journal. 20(4):251-260.
5. Nasrin Frouzandeh (2015), Introduction a spiritual care training course and determining its effectiveness on nursing students, J Educ Health Promot, 4:34
6. Chung, L.Y Wong, F.K., Chan, M.F. (2007). Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care. Journal of Advanced Nursing, 58(2), pp.158-170.
7. H. G. Koenig, D. E. King, and V. B. Carson, "A history of religion, medicine and healthcare," in Handbook of Religion and Health, pp. 15–34, Oxford University Press, New York, NY, USA, 2nd edition, 2012.
8. Wu LF, Liao YC, Yeh DC. Nursing student perceptions of spirituality and spiritual care. J Nurs Res. 2012; 20:219-27. (PubMed).
9. SHORES, CYNTHIA I.(2010), Spiritual Perspectives of NURSING STUDENTS, Nursing Education Perspectives: January-February 2010 - Volume 31 - Issue 1 - p 8–11
10. Dollahite, D. C., & Marks, L. D. (2006). The handbook of spiritual development in childhood and adolescence (pp. 297-309). Thousand Oaks, CA: Sage
11. Ritt-Olson et al (2004), The protective influence of spirituality and "Health-as-a-Value" against monthly substance use among adolescents varying in risk, Journal of Adolescent Health 34(3):192-199 • March 2004

POSTER 67**AUTORES/AUTHORS:**

Mohammed Albaadani, Rana Almaghrabi, Wejdan Alhebshi, Huda Alfaradi

TÍTULO/TITLE:

Healthcare workers experience in dealing with Coronavirus (COVID-19) Pandemic

Objectives:

To analyze healthcare workers experiences in dealing with the Coronavirus (COVID-19) pandemic.

Methods:

An anonymous open web-based survey study was conducted among healthcare workers from the March 2020 to April 2020. A total of 24 relevant questions were asked based on participants' characteristics, obligations, and preparedness in healthcare workers in the event of COVID-19 pandemic.

Results:

A total of 1,036 healthcare professionals participated, of which 721 (70%) were female and 310 (30%) were male. The highest number (539/1036, 52%) of respondents belonged to 35-44, 45-54, 55-64, 18-25, and >65 years. The highest number of participants was nurses (50%), followed by clinician (33.7%), administrative staff (5.8%), pathologist total, 39.6% were clinicians while 60.4% were non clinicians.

When the participants were asked whether they know why they should stay past their shift end in the event of disaster, 950 (93.1%) were aware and 6.8% were not. In terms of working extra hours: 753 (74.3%) were willing to work overtime. When they were asked to report to work as scheduled in the event of disaster, 932 (91.1%) of the participant agreed while 8.8% disagreed.

When they were asked about their dependents' arrangements while they are away from home for several days due to COVID-19 pandemic, 398 (38.9%) responded somehow difficult, 309 (30.2%) not an issue, 105 (10.2%) somewhat easy to manage, and 211 (20.6%) very difficult to manage dependents. Nearly 97.7% of the participants thought preventing illness among healthcare worker will improve their willingness to report. A total of 990 (97.4%) thought providing safety to families of healthcare professionals, 868 (85.6%) financial support for families of workers will increase the professional attitude to come to the hospital. While 954 (94.0%) of health professionals were in favor of antiviral therapy/vaccine, PPE for employees and their families, and believe these will enhance the willingness to work.

Almost 88.4% of respondents thought that social media plays a positive role in the awareness of people during the COVID-19 pandemic. Approximately 79.7% of respondents believe that social media can use misleading text messages for Corona virus via WhatsApp, Facebook, Tweeter, Instagram, and so on. When the question was asked whether they know about their role in the event of a pandemic, 59% strongly agreed that they know their role, while 30.6% somewhat agreed, 6.7% somewhat disagreed, and 3.7% strongly disagreed. When asked about the reason for fear among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic, 57.5% expressed fear related to safety of family members, 35.1% expressed uncertainty regarding the healthcare's professional safety, 2.7% expressed fear regarding childcare issues and 4.7% mentioned other reasons.

To determine the reasons for poor reporting of health professionals at the time of the COVID-19 pandemic, 47.3% responded fear or hesitancy, 33.3% responded psychological impact on healthcare providers, and 19.4% responded poor willingness to respond in the event of a catastrophe.

When they were asked about why participants quit their jobs during virus pandemic, 77.8% due to stress-related, workload, perception of the lethality of COVID-19, and the effect of the pandemic on social relationships. When questions asked about the kind of preparedness needed to fight stress: 88.6% of respondents has knowledge about COVID-19 transmission, knowledge about when and how to screen patients, the proper use of PPE, invoking of quarantine and isolation, and ethical decisions reduce stress in healthcare workers. Furthermore, 85.4% believe that social media can be used for sharing information, spreading awareness, by sending alerts and warnings to enable quick responses and rescue measures, and to survey the crisis management. When they were asked about the best method to manage stress during the COVID-19 pandemic, 45.2% thought that providing all kinds of PPE, 36.7% incentives, 14.1% preventing disinformation via social media.

Conclusion:

Our findings will be helpful for healthcare organizations to prepare in advance for the COVID-19 pandemic crisis. In the event of virus pandemic, motivating healthcare workers to report to work is a big challenge. We recommend that providing PPE, protecting dependents from illness, reducing psychological stress, healthcare worker's training to deal with virus pandemic, giving incentives to workers and financial support will increase their willingness to report to work. Our findings will provide crucial information for planning and recommendations for the crisis and emergency risk management in virus pandemic. Further studies are needed to evaluate healthcare workers experiences in dealing with COVID-19 pandemic across countries.

Keywords: healthcare workers, covid-19, PPE, psychological stress, pandemic

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Chan JF, Yuan S, Kok KH. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person- to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet* 2020; 395: 514-523.
2. Davidson JE, Sekayan A, Agan D, Good L, Shaw D, Smilde R. Disaster dilemma factors affecting decision to come to work during a natural disaster. *Adv Emerg Nurs J* 2009; 31: 248-257.
3. Balicer RD, Barnett DJ, Thompson BC, Hsu EB, Catlett LC, Watson MC, et al. Characterizing hospital workers' willingness to report to duty in an influenza pandemic through threat- and efficacy-based assessment. *BMC Public Health* 2010; 10: 436.
4. Yonge O, Rosychuk RJ, Bailey TM, Lake R, Marrie TJ. Willingness of university nursing students to volunteer during a pandemic. *Public Health Nurs* 2010; 27: 174-180.
5. Balicer RD, OmerSB, Barnett DJ, Everly GS. Local public health workers' perceptions toward responding to an influenza pandemic. *BMC Public Health* 2006; 6: 96-99.
6. Powell T. Carrots and sticks: Keeping healthcare workers on the job in a public health disaster. *Am J Bioeth* 2008; 8: 20-21.
7. Depoux A, Martin S, Karafillakis E, Preet R, Wilder-Smit A, Larson H. The pandemic of social media panic travels faster than the COVID-19 outbreak. *J Travel Med* 2020; 27: taaa031.
- Ogedegbe C, Nyirenda T, Delmoro G, Yamin E, Feldman J. Health care workers and disaster preparedness: barriers to and facilitators of willingness to respond. *Int J Emerg Med* 2012; 5: 29.
9. Dimaggio C, Markenson D, Loo GT, Redlener I. The willingness of U.S. Emergency Medical Technicians to respond to terrorist incidents. *Biosecur Bioterror*. 2005; 3: 331-337.
10. Turner MS, O'Boyle C. Nurses and emergency disasters: what is known. *Am J Infect Control* 2006; 34: 414-420.
11. O'Boyle C, Robertson C, Turner MS. Nurses' beliefs about public health emergencies: fear of abandonment. *Am J Infect Control* 2006; 34: 351-357.
12. O'BoyleC,RobertsonC,TurnerMS.Publichealthemergencies: nurses' recommendations for effective actions. *AAOHN J* 2006; 54: 347-353.
13. Auf HE. The importance of evidence-based disaster planning. *Ann Emerg Med* 2006; 47: 34-49.
14. Irvin CB, Cindrich L, Patterson W, Southall A. Survey of hospital healthcare personnel response during a potential avian influenza pandemic: will they come to work? *Prehosp Disaster Med* 2008; 23: 328-335.
15. Vawter DE, Garrett JE, Prehn AW, Gervais KG. Health care workers' willingness to work in a pandemic. *Am J Bioeth* 2008; 8: 21-23.

ÍNDICE / INDEX

Mesa de Comunicaciones 1: Cuidados materno-infantiles Concurrent Session 1: Mother and child care	p. 1
Mesa de Comunicaciones 2: Promoción de la Salud Concurrent Session 2: Health Promotion.....	p. 8
Mesa de Comunicaciones 3: Poblaciones vulnerables y desigualdades de salud Concurrent Session 3: Vulnerable populations and health i....	p. 25
Mesa de Comunicaciones 4: Población con condiciones crónicas Concurrent Session 4: Chronic condition population	p. 31
Mesa de Comunicaciones 5: Práctica Clínica Concurrent Session 5: Clinical Practice	p. 39
Mesa de Comunicaciones 6: Enfermería y formación de profesionales Concurrent Session 6: Nursing and training of professionals	p. 45
Mesa de Comunicaciones 7: Instrumentos de recogida y gestión de datos Concurrent Session 7: Data collection and management tools.....	p. 57
Mesa de Comunicaciones 8: Práctica Clínica Basada en la evidencia/Dolor Concurrent Session 8: Evidence-Based Clinical Practice/Pain	p. 71
Mesa de Comunicaciones 9: Práctica Clínica Concurrent Session 9: Clinical Practice	p. 79
Mesa de Comunicaciones 10: Envejecimiento y fragilidad Concurrent Session 10: Aging and fragility	p. 85
Mesa de Comunicaciones 11: Calidad de los cuidados y Seguridad de los pacientes Concurrent Session 11: Quality of Care and Patient Sa...	p. 91
Mesa de Comunicaciones 12: Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 Concurrent Session 12: Impact of SARS-CoV-2 Pandemic.....	p. 102
Mesa de Comunicaciones 13: Género y Salud Concurrent Session 13: Gender and Health	p. 114
Mesa de Comunicaciones 14: Población con condiciones crónicas Concurrent Session 14: Population with cronic conditions	p. 119
Mesa de Comunicaciones 15: Cuidados quirurgicos Concurrent Session 15: Surgical care.....	p. 128
Mesa de Comunicaciones 16: Enfermería y formación de profesionales Concurrent Session 16: Nursing and training of professionals	p. 134
Mesa de Comunicaciones 17: Práctica Clínica Concurrent Session 17: Clinical Practice	p. 145
Mesa de Comunicaciones 18: Profesión Concurrent Session 18: Profession	p. 159
Mesa de Comunicaciones 19: Cuidados a pacientes críticos / Cuidados Paliativos Concurrent Session 19: Critical Care / Palliative Care	p. 175
Mesa de Comunicaciones 20: Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 Concurrent Session 20: Impact of SARS-CoV-2 Pandemic.....	p. 180
Mesa de Comunicaciones 21: Práctica Clínica Concurrent Session 21: Clinical Practice	p. 189
POSTER 3.....	p. 202
POSTER 4.....	p. 204
POSTER 5.....	p. 206
POSTER 7.....	p. 207
POSTER 8.....	p. 210
POSTER 14.....	p. 212
POSTER 16.....	p. 214
POSTER 21.....	p. 216
POSTER 23.....	p. 218
POSTER 24.....	p. 220
POSTER 26.....	p. 222
POSTER 27.....	p. 223
POSTER 28.....	p. 225
POSTER 29.....	p. 226
POSTER 30.....	p. 228
POSTER 34.....	p. 230
POSTER 35.....	p. 232
POSTER 37.....	p. 234
POSTER 38.....	p. 235
POSTER 41.....	p. 236

POSTER 44.....	p. 238
POSTER 46.....	p. 241
POSTER 47.....	p. 243
POSTER 53.....	p. 245
POSTER 58.....	p. 247
POSTER 60.....	p. 249
POSTER 62.....	p. 251
POSTER 67.....	p. 253
ÍNDICE / INDEX	p. 255