

BOOK OF ABSTRACT

LIBRO DE PONENCIAS

XXV ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

25TH INTERNATIONAL NURSING RESEARCH CONFERENCE

15-19
NOVIEMBRE
15TH-19TH NOVEMBER

ONLINE
ENCUENTRO VIRTUAL

25 años
1996-2021

www.investigacionencuidados.es

LIDERAZGO

PEDIATRÍA

ENFERMERIA COMUNITARIA

GERIATRÍA

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

MATERNO-INFANTIL

PRÁCTICA CLÍNICA
BASADA EN LA EVIDENCIA

CUIDADOS

2021

Colaboran:
Collaborate:



Patrocinan:
Sponsor:



ISBN: 978-84-09-37190-7

Edita: Instituto de Salud Carlos III

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). Madrid 2021

¡Márcalo en tu calendario!
Mark in your calendar!



<https://encuentros.isciii.es/pamplona2022/>

Mesa 1: Enfermería y formación de profesionales

Session 1: Nursing and training of professionals

AUTORES/AUTHORS:

Marta Carolina Ruiz Grao, Victoria Delicado Useros, Antonia Alfaro Espín, Carmen Ortega Martínez, Eduardo Candel Parra, Francisco García Alcaráz, Sandra Cebada Sánchez

TÍTULO/TITLE:

Nivel de satisfacción del alumnado del Grado en Enfermería ante la docencia mixta/semipresencial en pandemia por COVID19

Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción de estudiantes del Grado en Enfermería de una universidad pública tras implantar una metodología de aprendizaje mixta/semipresencial por pandemia de COVID-19 en el presente curso académico. Metodología: Estudio observacional descriptivo transversal. Población: alumnado de una Facultad de Enfermería de la UCLM (curso 2020-21) (245 alumnos). Se invitó a participar a matriculados con alguna asignatura teórica en el primer cuatrimestre del curso 2020-21 (cursos 2º y 3º previamente evaluados en docencia online exclusivamente). Se envió la encuesta por Moodle y se solicitó la cumplimentación libre y voluntaria. La encuesta ya había sido utilizada (Montoya,2014) para evaluar la satisfacción de los estudiantes con formación universitaria on line (e-learning) y docencia mixta (b-learning). Consta de ítems con respuestas en escala tipo Likert según grado de acuerdo (de 1 a 4). De manera previa, los investigadores adaptaron la misma al propósito del estudio añadiendo tres ítems (30 en total) y analizaron la docencia en su modalidad 100% online. Las principales variables de estudio fueron los ítems de la encuesta en sus 5 dimensiones: estructura de las asignaturas (3 ítems), desempeño docente (9 ítems), contenidos de las materias y su evaluación (10 ítems), comunicación (2 ítems) y entorno virtual de aprendizaje (6 ítems), así como variables demográficas. Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo básico (frecuencias absolutas y porcentajes; medidas de tendencia central y dispersión, según las diferentes variables). En el análisis bivalente se compararon los valores medios entre grupos/cursos mediante ANOVA ($p < 0,05$). Resultados: Respondieron a la encuesta 101 sujetos (41,2%), distribuidos por cursos: 2º (59,4%) y 3º (40,6%). La edad media ha sido de 21,23 años y un 85,1% son mujeres. El 99,0% de los estudiantes empleó sus propios medios informáticos para la docencia online. La puntuación media total de la encuesta de satisfacción fue de 2,94 puntos (DE:0,49). Las puntuaciones medias obtenidas en las dimensiones de la encuesta fueron positivas, en general: 3,01 puntos estructura de las asignaturas (DE:0,58); 2,94 desempeño docente (DE:0,54); 2,92 contenidos de las asignaturas y didáctica online (0,53); 3,05 aspectos relacionados con la comunicación (0,63) y 3,04 ambiente virtual de aprendizaje (0,56), con diferencias por cursos ($p < 0,05$) salvo en comunicación. Se observaron diferencias significativas por cursos en 18 ítems, con mejor valoración total por alumnado de 2º (3,07 DE:0,49) vs 3º (2,74 DE:0,49) curso ($p < 0,001$). Discusión: El nivel de satisfacción obtenido ha sido moderado-alto, y superior que en estudios previos realizados bajo docencia 100% online (2,75). Sin embargo, otros estudios realizados obtuvieron resultados ligeramente superiores en satisfacción (3,11) (Montoya, 2014). El modelo docente mixto (b-learning) ha sido positivamente valorado por alumnado de enfermería (Li C, 2019) de manera previa, y también por nuestros alumnos. Por ello, puede constituir una alternativa factible ante posibles repuntes de casos en pandemia por COVID-19 que podrían implicar un refuerzo de las medidas higiénico sanitarias establecidas hasta ese momento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1.Montoya Suárez LM, López Ocampo MA, Sepúlveda Castaño JM. Satisfacción de los estudiantes universitarios en el uso de ambientes virtuales de aprendizaje basados en la plataforma Moodle. Research Gate, 2014 En: <https://www.researchgate.net/publication/317836207>
- 2.Li C, He J, Yuan C, Chen B, Sun Z. The effects of blended learning on knowledge, skills, and satisfaction in nursing students: A meta-analysis. Nurse Educ Today. 2019;82:51-57. doi:10.1016/j.nedt.2019.08.004 <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.08.004>

AUTORES/AUTHORS:

Bráulio Sousa, Liliana Mota, Miguel Padilha

TÍTULO/TITLE:

Competence profile of military nursing with the role of military trainer for international and war mission

Aim: to identify the competence profile of Portuguese military nurses with the role of military trainer for international and war missions.

Methodology: qualitative, descriptive study, using a focus group. In the study participated 8 Portuguese military. The participants were selected based on this criteria: having been a trainer of military personnel in mission preparation, in the period between 1990-2020 and having previous experience in war scenarios and/or technical-military cooperation. Participants were invited via email. The focus group lasted 90 minutes and was performed by Zoom. The focus group was audio recorded and transcribed verbatim. Data were subjected to content analysis according to Bardin (2016).

Results: from data analysis results eight categories: emergency and trauma; transport of critically ill patients; catastrophe; multi-victim event management; management of health facilities; military health; health promotion and educational technologies.

Discussion: the competency profile of military nurses with the role of military trainer for international and war missions focus on emergency and trauma and catastrophe competencies because they have to prepare the military for emerging situations in which they often emerge first line of actions in multi-victim relief of high gravity and complexity. Its competence in managing multi-victim events and health facilities are essential because many of the scenarios that they found are implemented in physical conditions with scarce material and human resources. Proficiency and skills in the field of military health increase the knowledge of the nurses in the field of combat, epidemiology, tropical health and in the work in a contaminated environment and international humanitarian law, which transforms the vision they should have about health in hostile, unexpected scenarios and marked by conflict, often armed. Health promotion emerges in the participants' discourse in a predictive sense, praising the nurse's ability to early detect the needs of their soldiers and even anticipate these same needs in order to guarantee health and, consequently, better performance in combat scenarios. Educational technologies are referred by participants because in a technological age it is fundamental the creation of realistic scenarios, and therefore allow for the anticipated training, in a safe environment, of the reality that the military may encounter in war scenarios, allowing them to feel that they are not experiencing that situation for the first time, which translates into higher levels of efficiency. This study made a great contribution in identifying the skills that military nurses have, so that we can improve their training models and they are better prepared to respond to the needs of the Portuguese military that integrate the preparation programs for international and war missions.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. 70, Edições.

Beeman, M. E., & Orduna, A. (2018). An Evaluation of Education Methods Used to Train United States Air Force Air Medical Evacuation Crewmembers on Aircraft Systems. *Air Medical Journal*, 37(3), 199–202. <https://doi.org/10.1016/j.amj.2018.02.008>

Goolsby, C., Rojas, L. E., Rodzik, R. H., Gausche-Hill, M., Neal, M. D., & Levy, M. J. (2021). High-School Students Can Stop the Bleed: A Randomized, Controlled Educational Trial. *Academic Pediatrics*, 21(2), 321–328. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.05.012>

Linde, A. S., Caridha, J., & Kunkler, K. J. (2018). Skills decay in military medical training: A meta-synthesis of research outcomes. *Military Medicine*, 183(1–2), e40–e44. <https://doi.org/10.1093/milmed/usx023>

Linde, A. S., S, M., Kunkler, K., & S, M. (2016). The Evolution of Medical Training Simulation in the U . S . Military. 209–215. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-625-5-209>

- Ma, H., Chihava, T. N., Fu, J., Zhang, S., Lei, L., Tan, J., Lin, L., & Luo, Y. (2020). Competencies of military nurse managers: A scoping review and unifying framework. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1166–1176. <https://doi.org/10.1111/jonm.13068>
- NATO STANDARDIZATION OFFICE. (2018). *Nato Standard AJMedP-8 Allied Joint Medical Doctrine for Military Health Care (Mhc)*. February.
- Neal, L. D. M. (2015). Mentoring from Afar: Nurse Mentor Challenges in the Canadian Armed Forces. *Em Nursing leadership (Toronto, Ont.)* (Vol. 28, Número 2, pp. 51–63). <https://doi.org/10.12927/cjnl.2015.24354>
- North Atlantic Treaty Organization (NATO). (2017). *AMedP-8.15 - REQUIREMENT FOR TRAINING IN CASUALTY CARE AND BASIC HYGIENE FOR ALL MILITARY PERSONNEL* (Número July, pp. 1–22). NATO Standardization Office (NSO).
- North Atlantic Treaty Organization (NATO). (2019). *AJP-04.10 v1(C) - Allied Joint Doctrine for medical support*. *Em AJP-04.10 v1(C)* (pp. 1–130). NATO Standardization Office (NSO).
- Stangeland, P. A. (2010). Disaster nursing: A retrospective review. *Em Critical Care Nursing Clinics of North America* (Vol. 22, Número 4, pp. 421–436). <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2010.09.003>
- Varpio, L., Bader Larsen, K., Hamwey, M., Semelrath, K., & Paradis, E. (2021). Interprofessional education in the U.S. military: harnessing simulation for team readiness. *Journal of Interprofessional Care*, 35(1), 55–63. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1711718>

Mesa 2: Impacto COVID/ Profesionales

Session 2: Impact COVID/ Professionals

AUTORES/AUTHORS:

Susana Navalpotro Pascual, Rosa María Cárdaba García, Raúl Soto Cámara, Carlos Eduardo Polo Porte, Juan Bejarano Ramirez, Henar Onrubia Baticón, Noemí García Santa Basílea, Almudena Morales Sánchez, Patricia Fernán Pérez

TÍTULO/TITLE:

PREVALENCIA DE ANSIEDAD, ESTRÉS, DEPRESIÓN Y AUTOEFICACIA DURANTE LA PANDEMIA EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS ESPAÑOLES

El potencial humano del profesional sanitario durante la pandemia ha sido un recurso imprescindible y básico para poder abordar una crisis sanitaria como la de la COVID-19. El desgaste, tanto físico como mental, ha sido una realidad que se iba agravando con las consecutivas olas de la pandemia. El cuidado psicológico, además del físico, debe ser una prioridad para evitar el desarrollo de posibles patologías posteriores como el Síndrome de Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) (1) o el Síndrome de Burnout. En septiembre de 2020, Nelson y Kaminsky(2) ya alertan cómo los profesionales en esta pandemia van a pagar un peaje psicológico, dados los múltiples estresores y el poco tiempo para recuperarse. Han sido múltiples los estudios en el ámbito hospitalario, sin embargo, la mayoría no contemplan a los trabajadores de la atención extrahospitalaria. En septiembre de 2020, al buscar estudios que contemplaran estos profesionales, llama la atención que al cruzar las palabras claves de stress, COVID y prehospitolaria, no se encuentra ningún resultado salvo un artículo(3), donde se habla de los profesionales de servicios de emergencias y su experiencia durante la COVID 19. En este momento, ya han aparecido algunos artículos en España donde se han estudiado problemas psicológicos en extrahospitalaria, específicamente en estrés postraumático(4) donde se va reflejando una realidad vivida durante la época de pandemia.

Según Bandura, la autoeficacia se define como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (5). De esta manera, “Las creencias del individuo sobre sus capacidades operativas funcionan como determinantes próximos de su conducta, de sus patrones de pensamiento y de las reacciones emocionales que experimenta ante las situaciones difíciles” (Bandura 1987, p. 418). A la hora de elegir sus conductas, la persona tiende a evitar aquellas tareas y situaciones que cree que exceden sus capacidades, pero inicia y desarrolla aquellas otras que se siente capaz de dominar. Las creencias de autoeficacia actúan sobre la motivación, la persistencia y éxito laboral, así como la capacidad de resiliencia de la persona hacia eventos estresantes y adversos.

Objetivos

Estimar la prevalencia de profesionales de los distintos servicios de emergencias (SEM) afectados por ansiedad, depresión y estrés como consecuencia del impacto psicológico sufrido por la situación del COVID-19.

Conocer el grado de ansiedad, estrés y depresión que están presentando los profesionales, así como su percepción de autoeficacia.

Método

Estudio de prevalencia de depresión, ansiedad, estrés y autoeficacia, en las 19 CCAA del 1 de febrero al 1 de mayo de 2021.

Muestra formada por médicos, enfermeros y técnicos de transporte sanitario (TES), trabajadores de los Servicios de Emergencias Médicas españoles, por muestreo en bola de nieve utilizando la plataforma e-encuesta y la red de investigación RINVEMER-SEMES. Se estimó un tamaño muestral de 1825 sujetos (con precisión del 1% y pérdidas del 15%).

Variables: depresión, ansiedad, estrés y autoeficacia, y variables sociodemográficas.

Instrumentos de medida: escala DASS 21 (Depression Anxiety Stress Scale, Lovibond y Lovibond, a partir de la adaptación de Bados, Solanas y Andrés) y la EAG (Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer, tomando la adaptación para población española de Sanjuán, Pérez y Bermúdez).

Se realizó el análisis estadístico por Excel.

Este estudio fue probado por el CEIm Área de Salud Valladolid Este el 14 de enero (PI- 20-2052 COVID) y ha sido financiado por la Fundación Asisa desde julio de 2021.

Resultados

Se obtuvieron 1833 encuestas, consideradas 1710, participando las 19 comunidades autónomas con porcentajes de respuesta desde el 1% al 14,8%.

La media de edad fue de 43 años (con un rango entre 19 y 67 años). El 49,3% eran varones, el 50,5% mujeres y el 0,2% se declaró otro género. El 66,7% de la muestra presentaba depresión de los que el 11,3% del total presentaba depresión leve, el 24,9% moderada, el 12,5% grave y el 18% extremadamente grave. El 61,6% presenta ansiedad, de los que el 7% era leve, el 15,3% moderada, el 10% grave y el 29,3% extremadamente grave. El 67,6% presentó estrés, de quienes el 11,8% presentó leve, el 14,4% moderado, el 22,4% grave y el 15% extremadamente grave. Respecto autoeficacia, la media fue de 70,8.

Discusión

La mayoría de los trabajos relacionados con depresión, ansiedad y estrés se han desarrollado en el área hospitalaria, y en España hasta el momento se ha tenido sólo en uno se ha tenido en cuenta los TES de ambulancias de SVB (4). No se encuentran estudios de prevalencia en personal de extrahospitalaria, y sólo se halló un estudio cualitativo (Ardebili DME et al.) donde se haya contemplado específicamente al personal de emergencias extrahospitalarias durante esta pandemia. Greenberg, Docherty, Gnanapragasamy Wessely en el The National Institute for Health and Care Excellence (6), recomienda una monitorización del personal para asegurar la identificación de la minoría que se encuentra mal, y se les apoye con una atención basada en evidencia. Los problemas más frecuentes, según la revisión sistemática realizada por Shelef y Schiff (7), son el riesgo de síntomas mentales como depresión, ansiedad y estrés postraumático, íntimamente relacionado con la presente investigación. La elección de la DASS21 para evaluar estos parámetros ha sido por ser un instrumento válido y fiable para la población española, algo siempre a tener en cuenta. En China, Xiong, Yi y Lin evaluaron específicamente el estado psicológico y la autoeficacia de las enfermeras durante la COVID-19(8) con 231 enfermeras de hospital, encontrando una correlación negativa entre ansiedad y autoeficacia. En este estudio fue utilizada la escala de Autoeficacia General validada para la población china. En relación de la autoeficacia y la afectación psicológica, Ming Chow y cols.(9) realizaron diferentes estrategias para mejorar el estado psicológico encontrando una mejoría no sólo en el bienestar de pacientes y personal sanitario sino un incremento en la autoeficacia y competencia del personal para brindar servicios de salud de calidad. En el presente estudio, los valores de autoeficacia general han sido más altos de los esperados, quizás relacionados con la forma habitual de trabajo para enfrentarse a la emergencia en época de no pandemia. Al no tener datos previos, se plantea simplemente como una hipótesis y considerando datos previos en población española estudiantil.

Entre las limitaciones del estudio, se contempla el haber realizado la recogida de datos con formato bola de nieve, con respuesta voluntaria, sin hacer asignación aleatoria ni poder controlar los sujetos que responderán al cuestionario. Sólo se han considerado algunos factores estresantes presentes en la bibliografía, pero no se aborda otros eventos personales que hayan podido generar ansiedad o depresión durante la pandemia diferentes a los especificados. Algunas otras variables pueden influir en la respuesta (personalidad, estado psicológico por otros motivos en el momento de contestar, enfermedad mental previa) y no han sido controladas. Tampoco va a haber un seguimiento de los encuestados, salvo aquellos que voluntariamente han querido participar en el estudio cualitativo.

Implicaciones para la práctica clínica

Conocer la incidencia y estado psicológico en la población sanitaria de primera línea en España durante la COVID 19, constituyen una base de partida para dar continuidad a este tipo de estudios. Son muchos los compañeros afectados psicológicamente, el autocuidado debe formar parte de nuestro día a día, y reflejar la situación de forma científica, es el primer paso. Actualmente, siguiendo esta línea, se está realizando un estudio cualitativo para profundizar y poder brindar apoyo psicológico a aquellos que puedan necesitarlo gracias a la financiación de la Asociación Asisa.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Lewis CE, Bisson JI. Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol.* 2019 6;10(1):1695486. doi: 10.1080/20008198.2019.1695486. PMID: 31853332.

- (2) Nelson B, Kaminsky DB. COVID-19's crushing mental health toll on health care workers: Beyond its devastating physical effects, the pandemic has unleashed a mental health crisis marked by anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and even suicide. Here, in part 1 of a 2-part series, we examine the growing effort to identify and alleviate the fallout for health care workers. *Cancer Cytopathol.* 2020 Sep;128(9):597-598. doi: 10.1002/cncy.22347. PMID: 32885911.
- (3) Ardebili DME, Naserbakht DM, Colleen DB, Alazmani-Noodeh MF, Hakimi MH, Ranjbar DH. Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Am J Infect Control.* 2020 Oct 5:S0196-6553(20)30896-8. doi: 10.1016/j.ajic.2020.10.001.PMID: 33031864.
- (4) Martínez-Caballero CM, Cárdbaba-García RM, Varas-Manovel R, García-Sanz LM, Martínez-Piedra J, Fernández-Carbajo JJ, Pérez-Pérez L, Madrigal-Fernández MA, Barba-Pérez MÁ, Olea E, Durantez-Fernández C, Herrero-Frutos MT. Analyzing the Impact of COVID-19 Trauma on Developing Post-Traumatic Stress Disorder among Emergency Medical Workers in Spain. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Aug 30;18(17):9132. doi: 10.3390/ijerph18179132. PMID: 34501726.
- (5) Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales* [Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory.]. Barcelona: Martínez Roca.
- (6) Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ* 2020 March 26;368:m1211.
- (7) Shelef L, Schiff M, Zalsman G. The Psychological Impact of a Pandemic Outbreak on Medical Staff - Literature Review. *Harefuah* 2020 May 01;159(5):326-331.
- (8) Xiong H, Yi S, Lin Y. The Psychological Status and Self-Efficacy of Nurses During COVID-19 Outbreak: A Cross-Sectional Survey. *Inquiry.* 2020 Jan-Dec;57:46958020957114. PMID: 32900271.
- (9) Chow KM, Law BMH, Ng MSN, Chan DNS, So WKW, Wong CL, Chan CWH. A Review of Psychological Issues among Patients and Healthcare Staff during Two Major Coronavirus Disease Outbreaks in China: Contributory Factors and Management Strategies. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Sep 14;17(18):E6673. doi: 10.3390/ijerph17186673. PMID: 32937749.

Mesa 3: Protocolos de investigación

Session 3: Research protocols

AUTORES/AUTHORS:

Elena Andrade Gómez, Cristina Lozano Ochoa, Carmen Lozano Fernández, Mónica Rodrigo Fernández, Sara Malo Fumanal

TÍTULO/TITLE:

ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y PERSISTENCIA A TRATAMIENTOS CRÓNICOS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE LA RIOJA

1. Objetivos:

El objetivo general del proyecto es examinar la adherencia terapéutica y la persistencia de la población de 18 y más años de la Comunidad Autónoma de La Rioja en un periodo temporal de 4 años. Este objetivo general se alcanzará mediante los siguientes objetivos específicos:

Describir los patrones de utilización de tratamientos crónicos, caracterizando la adherencia terapéutica y la persistencia al tratamiento.

Conocer los factores sociodemográficos, de estilos de vida y de estados de salud que se asocian a la falta de adherencia y persistencia terapéutica.

2. Métodos:

Diseño y ámbito

Estudio descriptivo transversal a través de datos obtenidos del Sistema de Información de Receta Electrónica de la comunidad autónoma de La Rioja.

Sujetos de estudio

Pacientes ≥ 18 años con cobertura por el Servicio Riojano de Salud que hayan tenido, al menos, una prescripción de un tratamiento crónico realizada por el médico de la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria en el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2020. Se excluirá del estudio a los participantes que únicamente hayan recibido una prescripción de alguno de los grupos farmacológicos incluidos.

Fuente de información/recogida de información

El sistema recoge la información sobre las prescripciones realizadas por los médicos del sistema público de salud de La Rioja, y si han sido dispensadas o no en una oficina de farmacia. La información será facilitada por la Dirección General de Humanización, Prestaciones y Farmacia del Gobierno de La Rioja.

3. Variables:

Variables sociodemográficas

Se contará con información por paciente del sexo, la edad, la zona básica de salud a la que corresponde y la zona básica de salud (ZBS) del prescriptor. Asimismo, se conocerá el número de farmacia y el municipio al que corresponde esta.

Prescripción

Cada registro en la fuente de datos corresponde a una prescripción (número de receta) para un paciente concreto establecido según su código de identificación personal (CIP) de la tarjeta sanitaria encriptado. Se verá reflejado el principio activo de la prescripción, el grupo terapéutico, la fecha de la dispensación y fecha de prescripción. Los fármacos se clasificarán según la versión 2021 de la Guía para Clasificación del Sistema de Clasificación Anatómica (ATC) y asignación de Dosis Diarias Definidas (DDD) 2021, publicada por el Centro colaborador para la metodología de estadísticas de drogas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1).

La elección de dichos grupos anatómicos, subgrupos terapéuticos y subgrupos según el Sistema ATC se basa en los grupos químicos de mayor consumo según los datos de consumo de fármacos publicados en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (2018) (2). No obstante, podrán ampliarse en caso de que se considere necesario.

Medición de la adherencia

Se estimará utilizando un método de prescripción y dispensación electrónica basado en la tasa de posesión del fármaco (medication possession ratio [MPR]), y la proporción de días cubiertos con la receta (proportion of days covered [PDC]). La MPR se define como la cantidad de días de medicación suministrada durante el periodo de seguimiento dividida por la cantidad total de días entre la

primera y la última renovación de la receta durante este periodo (3, 4).

$MPR \text{ durante un periodo de un año} = (\text{N}^\circ \text{días medicación suministrada}) / (\text{N}^\circ \text{total días entre 1}^\circ \text{ y última renovación de receta})$

Se excluirá del numerador cualquier dispensación con fecha anterior al final de su dispensación inicial, ya que esa medicación no se consume durante el periodo de seguimiento. De igual manera, serán excluidos los tratamientos que requieran ingesta simultánea de varios fármacos ya que aumentaría la suma de los días de medicación suministrada y, por ende, la adherencia.

En los casos en los que la MPR sea igual o mayor al 80% la adherencia será óptima.

La PDC se define como la proporción de días que un usuario tiene disponible un fármaco durante un periodo de tiempo determinado.

Se calcula dividiendo el número de días "cubierto" por un fármaco por el número de días en el periodo de seguimiento (4).

$PDC = (\text{N}^\circ \text{ días cubiertos}) / (\text{N}^\circ \text{ días entre 1}^\circ \text{ prescripción y final de la última recarga})$

Medición de la persistencia

La persistencia se medirá como el número de días que el paciente continúa con el tratamiento sin abandonarlo para un periodo de un año a contar desde la fecha índice. La fecha índice se define como la fecha de la primera prescripción de un medicamento de uno de los subgrupos terapéuticos del estudio. Únicamente se tendrá en cuenta a aquellos participantes cuya prescripción comience posteriormente a la fecha de inicio del estudio. De manera que los participantes con fecha índice anterior a enero de 2015 fueron excluidos. La persistencia se calculará mediante el método de brecha permisible. La brecha es el periodo de tiempo durante el cual el paciente no tiene ningún medicamento disponible. Se considerará que se produce una interrupción del tratamiento si el periodo entre el final del periodo de cobertura de prescripción y la fecha de la recarga es más larga que la brecha permisible. Un participante será considerado no persistente si se registra una brecha superior a la duración de la prescripción anterior.

4. Análisis

La edad se categorizará en personas menores a 50 años, personas de entre 50 y 54 años, personas de entre 55 y 59 años y mayores o iguales a 60 años. La determinación de la persistencia en cualquiera de los grupos incluidos en el estudio se evaluará si existe al menos alguna dispensación entre la fecha índice y la fecha de interrupción del tratamiento o la fecha final del seguimiento. La persistencia se analizará mediante el método Kaplan-Meier. Asimismo, se utilizarán modelos de regresión de Cox (hazard ratio [HR], intervalo de confianza del 95% [IC95%]) para predecir la persistencia a lo largo del tiempo ajustando por sexo, grupo de edad al inicio del estudio, ZBS del paciente y tratamiento concomitante de cualquiera de otro de los tratamientos incluidos en el estudio. Se fijará una significación estadística del $P < 0,05$ bilateral. Los análisis estadísticos se realizarán con el software Stata (versión 13.1; StataCorp LP, College Station, TX).

5. Limitaciones

Limitaciones de información

El Sistema de Información de Receta Electrónica registra únicamente las prescripciones realizadas a través del sistema público de asistencia sanitaria de La Rioja, perdiéndose información de prescripciones de aseguradoras privadas (por ejemplo, ASISA, ISFAS, MUFACE, Mapfre, DKV, Adeslas, AXA, Sanitas, etc.).

En la comunidad de La Rioja, en el momento que un adulto mayor es institucionalizado en un centro sociosanitario se le comienza a suministrar la medicación pautada crónica a través del servicio de farmacia hospitalario del hospital correspondiente de Rioja Salud. Por lo tanto, se pierde información sobre los adultos mayores que hayan sido institucionalizados durante el seguimiento (enero 2015-diciembre 2020). Esta situación puede afectar a los resultados del estudio, aunque no a las cifras de adherencia reales.

El proyecto se centrará únicamente en la administración de medicamentos por vía oral.

No se dispondrá información sobre la fecha inicial de inicio del tratamiento, el motivo de inicio del tratamiento, las patologías en el momento de la prescripción o la actitud del paciente frente a la prescripción.

Limitaciones metodológicas

Medición de la adherencia: el cálculo de la MPR no permite saber si el paciente realmente está tomando el tratamiento. En los pacientes en los que el tratamiento crónico se prescribiera con anterioridad a enero de 2015 no podrá calcularse la iniciación (primer componente de la adherencia).

Medición de la persistencia: se asume que la dispensación en la farmacia del medicamento prescrito equivale a su consumo. Si bien pensamos que una persona que acceda con asiduidad a recoger la medicación a la farmacia es más probable que cumpla con su consumo, en comparación con una persona que no acceda.

Puede que existan factores de confusión que no se hayan tenido en cuenta en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Organización Mundial de la Salud centro colaborador de metodología de estadísticas de drogas. Guidelines for ATC classification and DDD assignment [Internet]. Oslo: Organización Mundial de la Salud;2021 [consultado 23 feb 2021]. Disponible en: https://www.whooc.no/filearchive/publications/2021_guidelines_web.pdf
2. Ministerio de Sanidad. Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. Madrid: Ministerio de Sanidad;2020 [consultado 23 feb 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.7_Farmacia.pdf
3. Arnet I, Kooij MJ, Messerli M, Hersberger KE, Heerdink ER, Bouvy M. Proposal of standardization to assess adherence with medication records: methodology matters. *Ann Pharmacother.* 2016;50(5):360-8.
4. Deambrosis P, Saramin C, Terrazzani G, Scaldaferrì L, Debetto P, Giusti P, et al. Evaluation of the prescription and utilization patterns of statins in an Italian local health unit during the period 1994-2003. *Eur J Clin Pharmacol.* 2007;63:197-203.

AUTORES/AUTHORS:

LETICIA BENÍTEZ SANTANA, ELISABETH CHACÓN DEL PINO

TÍTULO/TITLE:

IMPLEMENTACIÓN DE LA VÍA RICA EN LA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. NEGRÍN. ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO

INTRODUCCIÓN

El Programa de Rehabilitación Multimodal (PRM) quirúrgica, “Fast track Surgery” o “Enhanced Recovery After Surgery” (“ERAS”), constituye la aplicación de una serie de medidas y estrategias perioperatorias destinadas a aquellos pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico con el objetivo de disminuir el estrés secundario originado por la intervención quirúrgica y así lograr una mejor recuperación del paciente, disminución de la mortalidad y las complicaciones(1). Los PRM comienzan en el momento del diagnóstico y pretenden reconocer las necesidades individuales del paciente para prevenir complicaciones y optimizar su tratamiento antes, durante y después de la cirugía. Los pacientes tienen un papel activo y deben tomar responsabilidad para mejorar su recuperación.

Para poder llevar a cabo con éxito los PRM es imprescindible contar con la estrecha colaboración de todos los especialistas que participan en el proceso, así como del propio paciente y sus familiares. La estandarización de estas medidas es beneficiosa para el paciente, los profesionales y los centros hospitalarios, como demuestran recientes metaanálisis de tal modo que el beneficio está directamente relacionado con el cumplimiento de las recomendaciones basadas en la evidencia científica en todas sus fases, reduciendo así la variabilidad en la práctica asistencial.(2,3)

Mejoran significativamente la calidad de vida del paciente y mediante unos criterios uniformes de manejo, logran disminuir de manera significativa la estancia hospitalaria y las potenciales complicaciones asociadas con la hospitalización.(4)

Los PRM se basan en informar al paciente y permitir que se involucre en su propio tratamiento, formando parte activa de la toma de decisiones. Suministrar nutrición evitando el ayuno previo a la cirugía. Estandarizar la anestesia (uso de los bloqueos abdominales y la epidural con restricción de los opiáceos) y monitorización de los fluidos. Usar preferentemente la cirugía mínimamente invasiva. Promover la alimentación y movilización precoz (preferiblemente la misma tarde tras la intervención).

La vía RICA (recuperación intensificada en cirugía del adulto) (5), desarrollada por el Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM), nace de la idea de elaborar un plan asistencial interdisciplinar que reduzca la variabilidad en la práctica asistencial.

Múltiples estudios concluyen que los PRM permiten una más cómoda recuperación y una disminución del coste económico.(6,7,8,9)

El cáncer colorrectal (CCR) presenta una elevada incidencia y prevalencia, así como por el alto índice de incapacidad laboral asociada. El CCR es uno de los más frecuentes en ambos sexos. Constituye un problema de salud pública con elevados costes económicos, directos e indirectos, a los que se añaden los costes intangibles.(10)

La enfermera tiene una función importante dentro del equipo multidisciplinar cuyo papel fundamental es el de informar al paciente y familiares haciéndoles partícipes de su proceso, desde el preoperatorio mediante la primera visita, así como posteriormente en el postoperatorio inmediato, su estancia hospitalaria y también al alta mediante el seguimiento telefónico/presencial. Los pacientes que van a recibir una ostomía pueden incluirse en un programa ERAS. La educación preoperatoria y postoperatoria al paciente sobre el estoma, en un programa de recuperación mejorada se asocia con una estancia hospitalaria significativamente más corta sin ninguna diferencia en la tasa de reingreso o complicaciones tempranas relacionadas con el estoma.(11,12)

PREGUNTA PICO

¿La implementación del protocolo fast track mejora la morbimortalidad y estancia hospitalaria de los pacientes sometidos a cirugía colorrectal respecto a los tratamientos convencionales?

- Palabras clave: fast track, ERAS, cirugía colorrectal, resultados, cuidados de enfermería.

OBJETIVOS

- Objetivo general:

Evaluar si la implementación de la vía RICA supone una disminución en la morbimortalidad y estancia hospitalaria, en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del HUGCDN tras los dos primeros años de aplicación.

- Objetivos específicos:

1. Averiguar si la implementación de la vía RICA supone una reducción del número y gravedad de complicaciones postquirúrgicas en el SCGD del HUGCDN.
2. Evaluar si se han seguido las recomendaciones de la vía RICA en relación con la información preoperatoria, prehabilitación, monitorización de la glucemia y temperatura, correcta analgesia, alimentación en el postoperatorio inmediato, movilización precoz y seguimiento postoperatorio, y satisfacción del paciente, que suponen los mayores cambios con respecto a la práctica habitual.
3. Verificar el compromiso por parte de los profesionales implicados en la implementación de la vía RICA en el HUGCDN, en relación con la asistencia y participación en las reuniones del comité multidisciplinar.

MÉTODO

- Diseño: estudio comparativo de cohortes prospectivo.

- Ámbito de estudio: unidad de Coloproctología del Servicio de Cirugía General y Digestiva del HUGCDN.

- Población de estudio y muestra: por un lado, se someterán a estudio los pacientes intervenidos de CCR (abordaje abierto, laparoscópico y robótico) durante el período comprendido entre octubre 2019 y octubre de 2021 y que cumplan los criterios para su inclusión en el grupo fast track. Por otro lado, y de forma simultánea, se analizará un grupo homogéneo de pacientes que hayan sido intervenidos con el protocolo clásico durante el mismo periodo. La inclusión en uno u otro grupo se realizará de forma aleatoria. Este trabajo analizará todas las intervenciones por CCR de la población de estudio en esos dos años, fecha en la cual todos pacientes incluidos dentro del período de estudio estarán dados de alta.

- Método de recogida de datos e instrumentalización de las variables: se ha confeccionado una base de datos que recoja los parámetros a analizar en este estudio, definiendo las propiedades de cada valor y su medición.

- Criterios de inclusión: edad 18-85 años, estado cognitivo adecuado, ASA I, II y III.

- Criterios de exclusión: procedimientos de CMA, cirugía urgente, paciente pediátrico, Crohn o desnutrición, sd. adherencial conocido.

- Descripción de la recogida de información y seguimiento: las fuentes de información utilizadas han sido la información proporcionada por el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, la historia clínica del paciente y comité fast track. El seguimiento del estudio se realizará mediante revisión desde su inclusión en la lista de espera quirúrgica hasta 6 meses tras el alta del paciente de todas las intervenciones realizadas mediante la vía RICA. Las historias clínicas serán evaluadas de forma prospectiva desde octubre 2019 hasta abril de 2022.

- Definición de las variables:

1. Demográficas: número de historia clínica, edad, sexo, fumador, peso, altura, IMC.
2. Relacionadas con el procedimiento quirúrgico: fecha de ingreso, intervención y alta, tipo de intervención quirúrgica y abordaje.
3. Comorbilidades: anemia, diabetes mellitus, HTA, cardiopatía, comorbilidad respiratoria, insuficiencia renal, nivel ASA.
4. Previas al ingreso: información al paciente, test nutricional MUST, evaluación anemia, abandono consumo tabaco y alcohol, incentivo respiratorio, dieta pobre en residuos, ejercicios de prehabilitación trimodal.
5. Preoperatorio inmediato: dieta baja en residuos 48 horas antes de la intervención quirúrgica, ayuno a sólidos 6 horas y 2 a líquidos antes intervención, suplemento de bebida carbohidratada.
6. Intraoperatorio: monitorización rutinaria: temperatura, glucemia, BIS, bloqueo neuromuscular, relajación muscular profunda, sondaje vesical, agentes anestésicos de acción corta, sonda nasogástrica.
7. Postoperatorio: inicio de la tolerancia oral, complicaciones quirúrgicas, sépticas, médicas, gravedad de las complicaciones, dolor, fiebre, náuseas y vómitos, sedestación y deambulación.
8. Al alta hospitalaria: profilaxis Enfermedad Tromboembólica 28 días postcirugía, control telefónico tras el alta a las 24-48 horas y a los 7 días, seguimiento al 1, 3, 6 meses, reintervenciones, mortalidad, cuestionario de satisfacción al alta.
9. Relacionadas con el equipo multidisciplinar: asistencia de los miembros del equipo al comité.

- Estrategia del análisis estadístico: los datos recogidos se exportarán a SPSS para su posterior análisis y explotación estadística.

- Limitaciones y sesgos:

1. Necesidad de correcta cumplimentación de la historia clínica electrónica.
2. Reducción en la actividad quirúrgica como consecuencia de la pandemia.
3. Limitación de pacientes en rehabilitación por falta de espacio y cicloergómetros.
4. Insuficiente número de anestesiistas formados para la aplicación de los protocolos de la vía RICA, que son específicos.
5. Aumento de la actividad de la enfermera de la consulta de estomas, actualmente la responsable del estudio, ya que incluye a todos los pacientes intervenidos de CCR y no solo a aquellos que serán portadores de estomas tras la cirugía. Teniendo en cuenta el volumen anual de CCR que realizamos en el HUGCDN, unido a la próxima incorporación de nuevas disciplinas (urología, cirugía torácica y cirugía esofágica), llevaría aparejado el aumento de al menos otra enfermera en la consulta.
6. Es preciso aumentar el espacio muestral.

- Valoración ética: este estudio ha recibido la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del HUGCDN. Las autoras no presentan conflicto de intereses.

- Cronograma: Se resume brevemente las fases de las que consta este estudio:

1. Lectura de artículos relacionados con el tema (octubre 2019 - abril 2021)

2. Recogida de datos mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio (hasta 6 meses post intervención quirúrgica).
3. Introducción de los datos en la base informática diseñada para tal fin (octubre 2019 - abril 2022)
4. Análisis de la base de datos (octubre 2021 - abril 2022)
5. Redacción de artículo y publicación de los resultados del estudio (enero 2022 - mayo 2022)

RESULTADOS ESPERADOS

Este estudio se encuentra en fase de recogida de datos. Los resultados esperados permitirán alcanzar una mejora en la atención de los pacientes, disminuyendo la estancia postoperatoria, reduciendo las complicaciones postquirúrgicas e incrementando su satisfacción al alta. En relación con los profesionales, permitirá la implicación y compromiso de estos en el proyecto, siguiendo las recomendaciones basadas en la evidencia científica, generando una adherencia firme en el proyecto que permita en el futuro englobar a otras disciplinas.

DISCUSIÓN

Aunque los PRM en cirugía colorrectal se han promovido como estándar de atención, su aplicación completa, cumpliendo la totalidad de los ítems de la vía RICA es aún escasa, debido a las dificultades para superar barreras culturales y organizativas que pueden obstaculizar su puesta en marcha y difusión. La implementación exitosa se logra mediante de la participación coordinada de un equipo multidisciplinar, la construcción de relaciones organizacionales, receptividad y apoyo de los líderes del proyecto, y la normalización del protocolo fast track.

La implicación de todos los miembros del equipo jugará un papel importante para convencer desde los resultados obtenidos. Para lograr que este proyecto sea una realidad en nuestro hospital, será necesario consolidar el compromiso de la Dirección Gerencia del HUGCDN.

La implementación de un programa RICA supone la estandarización de los cuidados, disminuye la variabilidad en la práctica clínica, acostumbra a los profesionales a una praxis protocolizada, generando mayor seguridad ya que supone asumir conductas que evitan errores u olvidos que pueden tener efectos perjudiciales sobre los pacientes. Esto se traduce en mejores resultados clínicos, una calidad asistencial más segura, y una mejora global del bienestar de la población en términos de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Kehlet H, Wilmore D. Fast-track surgery. Br J Surg 2005; 92:3-4
2. Spanjersberg W, Reurings J, Keus F, van Laarhoven C. Fast track surgery vs conventional recovery strategies for colorectal surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16;(2)
3. Adamina M, Kehlet H, Tomlinson G, Senagore A, Delaney C. Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: a meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery. Surgery. 2011 Jun;149(6):830-40. E pub 2011 Jan 14
4. Zhuang C, Ye X, Zhang X, Chen B, Yu Z. Enhanced recovery after surgery programs versus traditional care for colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. Dis Colon Rectum. 2013 May;56(5):667-78
5. Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía del adulto (RICA). Editada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2021. NPO:133-21-077-0. Disponible en <https://portal.guiasalud.es>
6. Ramírez JM, Blasco JA, Roig JV, Maeso-Martínez S, Casal JE, Esteban F. Spanish working group on fast-track surgery. Enhanced

recovery in colorectal surgery: a multicenter study. *BMC Surg.* 2011 Apr 14; 11:9

7. ERAS Compliance Group. The Impact of Enhanced Recovery Protocol Compliance on Elective Colorectal Cancer Resection: Results from an International Registry. *Ann Surg.* 2015 Jun;261(6):1153-9

8. Portinari M, Ascanelli S, Targa S, Dos Santos Valgode E, Bonvento B, Vagnoni E, et al. Impact of a colorectal enhanced recovery program implementation on clinical outcomes and institutional costs: A prospective cohort study with retrospective control. *Int J Surg.* 2018 May; 53:206-213

9. Lee L, Mata J, Ghitulescu GA, Boutros M, Charlebois P, Stein B, et al. Cost-effectiveness of Enhanced Recovery Versus Conventional Perioperative Management for Colorectal Surgery. *Ann Surg.* 2015 Dec;262(6):1026-33

10. Vicente M, Terradillos M, Ramírez M, Capdevila M, López A. El cáncer colorrectal en España. Costes por incapacidad temporal y opciones preventivas desde las empresas. *Revista de Gastroenterología de México.* 2013;78(2):75-81

11. Forsmo H, Pfeffer F, Rasdal A, Sintonen H, Körner H, Erichsen C. Pre and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery. *Int J Surg.* 2016 Dec;36(Pt A):121-126

12. Cavada M, Sanz M, Larrauri S, Zorrilla C, García G, Larrea A. Actuación enfermera en la cirugía fast-track. *Metas Enferm jun* 2015; 18(5):50-53

Mesa 4: Cuidados a pacientes críticos / Cuidados Paliativos

Session 4: Critical Care / Palliative Care

AUTORES/AUTHORS:

Pio Lattarulo, Cosimo Della Pietà, Giulia Mattaisi, Elsa Vitale, Francesco Germini

TÍTULO/TITLE:

Nurses and assistance in intensive care: A phenomenological study on night work in Southern Italy

The role of the Nurse in the ICU is increasingly specialized and technical, even if it never transcends the human dimension of assistance. The patient is always at the center of all interventions. The nurse is the only one able to guarantee complete and global assistance to the person in a potentially or real critical situation, also through the use of technologically advanced and computerized tools and aids.

Aim

Understand the ethical and professional experience of nurses working in the ICU

Methods

Focus Group with semi-structured interview with the participants, who are both Nurses and Doctors The Focus Groups were carried out in small groups, composed of 2 Doctors and 4 Nurses, with open questions in the following order: presentation; previous professional expectations; performed activities; idea of ethics; the fields of knowledge of a doctor or nurse; influence of shift work on their life; experiences lived during shift work; the role of the eyes in intensive care; meaning of time in the ICU; meaning of emotions in the ICU; concept of limit in intensive care; how you have changed since starting your career; as you see in 10 years; relationship with patients' families The criterion for the inclusion of staff in the group was length of service (at least 20 years)

Results

In the presentation application, the doctors stressed that resuscitation gives immediate results compared to a cure that can last a long time, and that resuscitators are the ones that really save patients. Nurses, albeit with different basic motivations, express an attachment and a passion for the critical area that keeps them, after so many years, still very attached to work in intensive care.

In the question about the expectations about admission to the medical degree course, the doctors highlighted that it was an interest they had since childhood. The nurses, on the other hand, highlighted the desire to act to help those who suffer. Everyone points out that resuscitation work is never a routine job, due to the unpredictable situations that can occur.

Also in the question on ethics he led to similar answers, with respect for human dignity but also the behavior that all professionals must have during their activity.

In the relationship with the patient, everyone agrees that doctors and nurses can not only be technicians, but also consider the emotional side, even if emergency situations require us to be cold and rational.

When asked how night work has affected their lives, everyone agrees that their quality of life has deteriorated, with increased irritation and continuous fatigue. The night shift generates waiting, which negatively affects, but also rapidity of intervention, which positively affects.

The role of the eyes in intensive care: nurses all agree that the eyes are used both for the control of equipment and for non-verbal communication with the patient and relatives. Also very important for creating an understanding with the entire professional team.

In emergency management, doctors say that being a team leader means being able to manage your fears. Nurses say that, despite always acting with great professionalism, it is impossible to remain completely cold and emotionless.

How have they changed following this life experience? Everyone agrees on a great interior maturation, which has produced great changes. Everyone is more aware of their life, even if this awareness is scary. All highlight the need to have psychological support for colleagues who may request it.

For the future, many do not think about continuing to work in intensive care due to the large workload and the advancing age.

Discussion

Numerous ways of living the profession, both medical and nursing, have emerged. The people who surround and take care of the

patient are human beings with a personal emotional charge, which emerged in different moments of the focus groups. Night work has a profound influence on their personal life and has changed the way they do things, their daily life and their relationship with family and loved ones. It emerged that it is the intensive care environment itself that modifies the emotional and relational structure, with its load of stressful and emotionally involving situations that it brings with it.

During the focus groups, the significant weight of the emotional load that accompanies work and life in intensive care emerged, and was accompanied by the awareness and request that the company or managers take on the "emotional" protection of workers who work in these contexts. Thinking and planning moments of listening, confrontation and psychological support of operators who live in close contact with extreme situations, could be a positive moment of help to live and deal with the difficult work in intensive care with greater awareness.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Wendy M. Fallis, Diana E. Mcmillan, Marie P. Edwards, Napping During Night Shift: Practices, Preferences, and Perceptions of Critical Care and Emergency Department Nurses, *Crit Care Nurse* (2011) 31 (2): e1–e11

Scott LD, Rogers AE, Hwang W, Zhang Y. Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients' safety. *Am J Crit Care*. 2006;15(1):30–37

Dorrian J, Lamond N, van den Heuvel C, Pincombe J, Rogers AE, Dawson DA. Pilot study of the safety implications of Australian nurses' sleep and work hours. *Chronobiol Int*. 2006; 23:1149–1163

Fuller TP, Bain EI. Shift workers give sleep short shrift. *Am J Nurs*. 2010; 110(2):28–30.

Rogers AE, Hwang WT, Scott LD. The effects of work breaks on staff nurse performance. *J Nurs Adm*. 2004; 34:512–519.

Marquié JC, Foret J. Sleep, age, and shiftwork experience. *J Sleep Res*. 1999; 8:297–304.

Gold DR, Rogacz S, Bock N, et al. Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *Am J Public Health*. 1992; 82:1011–1014.

Novak RD, Auvil-Novak SE. Focus group evaluation of night nurse shiftwork difficulties and coping strategies. *Chronobiol Int*. 1996; 13:457–463.

AUTORES/AUTHORS:

Sara Soeima, Rui Novais, Maria Martins

TÍTULO/TITLE:

Nurses' emotional skills when providing medical care for people in a critical condition

Introduction: Given the complexity of situations that arise in the context of intensive care, nursing care for people in critical situations is highly qualified and requires the development of specialized skills. In this context, nurses are involved in difficult to manage situations with emotional implications, such as death and human suffering. In this way, emotional capacities become of paramount importance to face these complex situations, as they promote the regulation, management of emotions and generate a state of emotional well-being. It should be noted that the term emotional competence has its origins from the construction of emotional intelligence, which transposes the effective potential of each person to learn the various professional and practical skills, being considered an acquired ability, which allows for better professional performance (1). Emotional competence exists when "...someone reaches a desired level of achievement, and it concerns the after-fact. It can only be appreciated simultaneously or after exhibiting behaviours and/or attitudes, through observation, or through expressed memories, by the executing subjects or by observers" (2). Competence arises in order to allow the mobilization, integration and transfer of knowledge and skills that were acquired in training contexts and that need to be applied in practice in an appropriate way and according to each person's capacity (3). Emotional competence skills are about each person's abilities to recognize, assess and control their emotions and those of others. The present study arises from the observation of the insufficiency of studies in Portugal involving nurses who take care of people in critical situations, as well as the interest of researchers in this subject.

Objectives: (i) explore the emotional competence capacities valued by nurses in caring for people in critical situations and (ii) describe the emotional competence capacities valued by nurses in caring for people in critical situations.

Methods: A quantitative, exploratory and descriptive study was developed. The sample consisted of 144 nurses who worked in Intensive Care Units in Hospital Institutions in the northern region of Portugal. The data collection instrument used was a questionnaire that encompassed the "Veiga Branco Scale of Emotional Competence" applied between June and October 2019. The Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 25, statistical analysis program was used. 0 for Windows, to process the data. The ethical precepts of the Declaration of Helsinki and the Convention of Oviedo were complied with.

Results: Of the study participants, 110 were female (51.4%); 80 married or in a de facto union (55.6%); and 74 with dependent dependents (76.8%). The average age is 36.8 years (SD = 7.53 years; smn = 25 years; smx = 57 years). All respondents were licensed in nursing and, of these, 44 (30.6%) also had postgraduate courses predominantly in the critical patient area. Regarding the nurses' emotional competence capacities, it was found that the most valued emotional competence capacity is empathy (M = 4.81; SD = 1.20; smn = 1; smx = 7), followed by group emotion management (M = 4.51; SD = 1.10; smn = 1; smx = 7), self-awareness (M = 4.11; SD = 1.31; smn = 1; smx = 7), the management of emotions (M = 3.85; SD = 1.38; smn = 1; smx = 7) and, finally, self-motivation (M = 3.67; SD = 1.26; smn = 1; smx = 7). Nurses showed a moderate level of emotional competence.

Discussion/Conclusions: Caring for a person in a critical situation implies an emotional interaction between the sick person and the nurse, simultaneously, requires knowledge, commitments and human values (4). Nursing care is provided continuously "...to the person with one or more vital functions at immediate risk, in response to the affected needs and allowing the maintenance of basic life functions, preventing complications and limiting disabilities, with a view to their full recovery" (5). The results of this study reflect the

appreciation of interpersonal skills (empathy and group emotion management) of emotional competence over intrapersonal skills (self-awareness, emotion management and self-motivation), as well as a more positive perspective of emotional competence. The most valued emotional competence capacity was empathy. This ability allows us to apprehend the other, getting in tune, through capturing their emotions, recognizing emotions through the tone of voice, gestures, facial expression and body expression, being essential in verbal and non-verbal communication. Thus, empathy plays a central role in what it gives to the holistic care process, favouring the creation of interpersonal and therapeutic relationships, as well as adherence to the nurses' conduct and guidelines. Because this ability is important in communication and in the nursing care provided to people in critical situations, it was expected that nurses would value it, considering care as the essence of the nursing profession. On the other hand, self-motivation is the least valued ability, which can be explained, eventually, by the current economic situation in Portugal, as well as by the lack of professional satisfaction of nurses (6), by the lack of prospects for career progression, of better salary and job stability. Considering the result obtained in this study, it can be questioned whether nurses will be able to face situations of greater complexity and stress, such as the adversities of personal and professional life, since motivation works as emotional self-control that allows nurses to be more productive and efficient. This result can also be explained by the fact that the sample is made up of young adults, and on the other hand, they mostly have individual employment contracts, with different benefits, when compared to colleagues with a contract in public functions (7). The average values perceived by the sample on emotional competence, in global terms, reveal that nurses are usually emotionally competent, that is, they hold a moderate level of emotional competence. These results are generally supported by studies carried out in Portugal on emotional competence. Emotionally competent nurses become better able to perform a better diagnostic evaluation, know the person's health condition, predict and anticipate possible changes in health status, and act effectively, with a view to patient safety and improved care provided. This study contributes to a greater quality and efficiency of nursing care in Intensive Care Units.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Temas e debates.
- (2) Veiga Branco, M. A. (2005). *Competência Emocional em Professores: Um estudo em Discursos do Campo Educativo*. [Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22892/2/29720.pdf>
- (3) Vilela, A. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/4946>
- (4) Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Lusociência.
- (5) Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Alterado e publicado pela Lei n.º 429/2018 de 18 julho. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiD2aCrPLiAhXPVBUIHQ46A5IQFjABegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Fmedia%2F8420%2F115698537.pdf&usg=AOvVaw0ZHCnYiYIFzleUJBz_8i8c
- (6) Gregório, F. (2008). *Competência Emocional e Satisfação Profissional nos Enfermeiros* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/732>
- (7) Bernardino, E. (2018). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Portugal*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9946/satisfa%3C%A7%C3%A3o-profissional-dos-enfermeiros-em-portugal-2018.pdf>.

Mesa 5: Cuidados en Salud Mental

Session 5: Mental Health Care

AUTORES/AUTHORS:

MIRIAM LEÑERO CIRUJANO, ANA ISABEL MARTINEZ TEJERO, ÁLVARO BRETÓN SANTOS, EVA AREVALO RIVERO

TÍTULO/TITLE:

NIVEL DE AFECTIVIDAD POSITIVA Y NEGATIVA (ESCALA PANAS) EN LOS PROFESIONALES DE UN CENTRO PSIQUIÁTRICO

1. Objetivo

El objetivo de este estudio fue conocer el nivel de afectividad positiva y negativa en los profesionales de un centro psiquiátrico de Madrid.

2. Métodos

Se realizó un diseño descriptivo transversal en la población de profesionales sanitarios y no sanitarios del Instituto Psiquiátrico José Germain de Madrid. El reclutamiento se realizó en el mes de abril del 2021. Se estudió el nivel de afectividad positiva y negativa mediante la escala PANAS validada en versión española de Sandín y colaboradores (1999). La escala PANAS fue diseñada en su versión original por Watson y colaboradores en 1988. Esta escala bidimensional cuenta con una amplia difusión en la investigación psicológica y social. Incluye 20 ítems, 10 de los cuales se refieren a la subescala de afecto positivo y 10 a la escala de afecto negativo. La subescala de afecto positivo se refiere a la medida en que una persona se siente activa y entusiasta, y la de afecto negativo, a la medida en que una persona experimenta culpa, ira u otras emociones negativas. Cada reactivo es contestado mediante una escala con formato ordinal tipo Likert con 5 opciones de respuesta (nada, muy poco, algo, bastante, mucho). El puntaje más bajo que se puede obtener es 20 y el más alto es 100. Altas puntuaciones en cada una de las subescalas sugieren alta presencia de emociones positivas o negativas en el sujeto, respectivamente.

La escala se entregó personalmente a todos los profesionales con actividad asistencial del centro en los tres turnos de trabajo (mañana, tarde y noche). Se les informó del objeto del estudio y de la voluntariedad de la participación.

En el análisis de los datos, se empleó la prueba t de Student para la comparación de dos muestras independientes y su variante no paramétrica, la U de Mann-Whitney. Para la comparación de tres grupos, se empleó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Se realizaron correlaciones mediante el índice de Pearson para estimar la relación entre las distintas variables. El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$. Las variables cuantitativas se presentaron en medias y desviación típica. Las variables cualitativas se analizaron en frecuencias y se expresaron en porcentajes. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS v23.

3. Resultados

La participación total fue de 85 profesionales, con una tasa de respuesta del 65,38%. La edad media fue de 40,81 años (11,26). La muestra estuvo constituida mayoritariamente por mujeres (87,1%).

Profesionalmente, el 2,4% eran médicos, el 25,9% enfermeras, el 45,9% TCAEs y el 25,9% otros profesionales (celadores, limpieza, administrativos). Respecto a la turnicidad, el 62,4% de los profesionales encuestados eran del turno de mañana, el 23,5%, de turno de noche y el 14,1%, de turno de noche. La media de años de experiencia de la muestra fue de 13,21 años (10,29).

En cuanto a la variable sexo, los hombres obtuvieron una media de 34,18 (5,44) en los aspectos positivos y de 19,63 (5,14) en los aspectos negativos, frente a las mujeres que obtuvieron 32,66 (5,89; $p=0,425$) y 19,65 (5,14; $p=0,848$) puntos, respectivamente.

Respecto a las variables profesionales, en los aspectos positivos los celadores puntuaron 36,63 (6,70), seguidos de los TCAEs con 32,77 (5,70), de los enfermeros con 31,32 (5,87) y de los médicos con 29,50 (6,36) puntos ($p=0,096$). El turno de mañana puntuó

más alto con 33,68 (6,15) puntos frente a los 31,65 (5,18) del turno de noche y 31,25 (5,01) del turno de tarde ($p=0,095$). En los aspectos negativos, los que más puntúan son las enfermeras con 22,86 (2,95), seguidos de TCAEs con 18,85 (6,09), celadores con 18,38 (6,05) y médicos con 15,50 (3,54) puntos ($p=0,204$). El turno de noche es el que más puntúa en los aspectos negativos con 22,00 (7,51) puntos, seguidos de la mañana con 19,60 (6,01) y de la tarde con 18,33 (6,43) ($p=0,300$).

La edad se correlacionó positivamente con los aspectos positivos ($r=0,04$; $p=0,690$) y negativamente con los aspectos negativos de PANAS ($r=-0,30$; $p=0,787$). Mientras que la variable años de experiencia se correlacionó negativamente con los aspectos positivos ($r=-0,15$; $p=0,163$) y positivamente con los aspectos negativos ($r=0,10$; $p=0,926$).

El 43,5% de la muestra afirmó que la situación pandémica actual había influido en la negatividad de sus respuestas muy poco/poco, mientras que el 56,5%, lo hacía de forma moderada/intensa.

4. Discusión

Aún hoy en día poca importancia se le concede a estas emociones que tanto influyen en el comportamiento de las personas, siendo una pieza clave en la salud de nuestros profesionales.

Numerosos estudios ponen de manifiesto cómo las emociones repercuten directamente en el trabajo diario. Por lo que una buena gestión de éstas es imprescindible para disfrutar de un mayor bienestar mental, profesional y personal. La escala PANAS, indicada, según los autores, para indagar la inestabilidad emocional, se alza como una herramienta inicial de evaluación del estado de ánimo. Este instrumento validado permite identificar las emociones que el profesional puede sentir en un momento dado y que pueden afectar a su entorno tanto físico, psíquico y social, y que habitualmente no se exploran en el día a día. Los autores de la escala original argumentan que la presencia de emociones positivas o negativas se relaciona con rasgos de personalidad de extraversión y neuroticismo respectivamente, como también a constructos como depresión y ansiedad.

En nuestro trabajo se ha puesto en relevancia cómo los hombres, los más jóvenes y la turnicidad matutina son los que más emociones positivas expresan. Estos hallazgos concuerdan con la mayoría de estudios que se han realizado en este ámbito. En estos estudios se pone en evidencia cómo la edad correlaciona negativa y significativamente con las emociones positivas, no obstante no existe una teoría clara que fundamente el porqué de esta relación. En cuanto al sexo, los resultados son controvertidos en los diferentes estudios, por lo que es necesario el desarrollo de nuevos estudios al respecto, con un mayor tamaño muestral y con muestras más heterogéneas que permitan evaluar estas diferencias.

Es destacable cómo las enfermeras, al igual que la turnicidad nocturna, son las que tienden a experimentar menores emociones positivas y mayores emociones negativas. En otros estudios se pone en relevancia cómo el nivel de estudios estaba también relacionado con las emociones negativas. De manera que a menor nivel de estudios, mayor puntaje en la subescala de emociones negativas.

Al tratarse de un estudio descriptivo unicéntrico, el tamaño muestral es limitado y por ello no se obtiene significación estadística, pero sí diferencias clínicamente relevantes. Se necesitan más estudios de mayor envergadura que relacionen este tipo de variables con otras de relevancia como bienestar psicológico, productividad o satisfacción laboral en la población de profesionales del entorno sanitario.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Moreta-Herrera R, Perdomo-Pérez M, Reyes-Valenzuela C, Torres-Salazar C, Ramírez-Iglesias G. Invarianza factorial y fiabilidad de la escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en una muestra de universitarios de Colombia y Ecuador. *Anuario de Psicología*. 2020; 51:76-85.
- Robles R, Páez F. Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*. 2003; 26 (1): 69-75.
- Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988; 54(6): 1063-1070.
- Chorot P, Lostao L, Joiner TE, Santed-Germán MA. Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*; 1999:11(1).
- Blanco Molina, M Salazar Villanea, M. Escala de Afectividad (PANAS) de Watson y Clark en Adultos Mayores. *Compendio de Instrumentos de Medición IIP*; 2014: 72-76.
- Moriendo M, De Palma P, Medrano LA, Murillo P. Adaptación de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) a la población de adultos de la ciudad de Córdoba: análisis psicométricos preliminares. *Univ. Psychol*. 2012;11(1):187-195.
- Ortuño-Sierra J., Santarén-Rosell M, Albéniz AP, Fonseca-Pedrero E. Dimensional structure of the Spanish version of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) in adolescents and young adults. *Psychological assessment*. 2015; 27(3):1–e.
- Díaz-García A, González-Robles A, Mor S, Mira A, Quero S, et al. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): psychometric properties of the online Spanish version in a clinical sample with emotional disorders. *BMC psychiatry*. 2020; 20(1), 56.
- Danet Danet A. Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Medicina clinica*. 2021;156(9), 449–458.

AUTORES/AUTHORS:

AIORA GARTZIA BENGOETXEA, MARIA ASUNCION GORROÑO ONAINDIA, LUIS RODRIGUEZ FERNANDEZ, MARIA NICOLASA GARCIA GONZALEZ, SILVIA DE JUAN CALLEJA, MARTA GARCIA OLLO, TISCAR CUENCA OLEAGA, ANA MERINO RODRIGUEZ, GLORIA LEJARCEGUI GUTIERREZ

TÍTULO/TITLE:

Implantación de estrategias multicomponente en la prevención de contenciones mecánicas en salud mental.

Los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® (CCEC®) son instituciones con un compromiso explícito en la aplicación sistemática de prácticas basadas en los mejores resultados procedentes de la investigación en cuidados.

Objetivo

Evaluar el impacto de la implantación de estrategias multicomponente en el uso de las contenciones mecánicas en 3 unidades de rehabilitación de salud mental, dentro de la guía "fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones" del programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®.

Métodos

El presente trabajo se llevó a cabo en 3 unidades de enfermería (UE) de rehabilitación de 3 hospitales en la Red de Salud Mental de Bizkaia, sigue un diseño observacional descriptivo, basándose en la metodología del programa de implantación de guías de buenas prácticas en los CCEC®.

Las 3 UE de rehabilitación atendieron, entre enero de 2019 y abril del 2021, un total de 217 pacientes.

La implantación de las estrategias de la recomendación 6 "Las enfermeras, en colaboración con el equipo interprofesional, deben apoyarse en estrategias multicomponente para prevenir en lo posible el uso de contenciones en pacientes que presenten riesgo" se llevaron a cabo mediante:

La valoración de riesgo de conductas auto y/o heteroagresivas, según M. Gordon, a través de entrevistas individualizadas dirigidas por enfermeras de salud mental y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería.

Plan de cuidados de enfermería específico para las personas en situación de riesgo de conductas auto y/o heteroagresivas y el plan confort elaborado en colaboración con la persona para identificar los primeros signos de comportamientos reactivos.

La implantación se evaluó mediante los siguientes indicadores: porcentaje de personas con valoración de la situación de riesgo, porcentaje de personas con plan de cuidados de enfermería específico, porcentaje de personas en situación de riesgo con plan confort y número de contenciones mecánicas.

La extracción de los datos se realizó de forma anonimizada y agregada a través de la base de datos corporativa de Osakidetza entre el 2019 y 2021. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos.

Resultados:

Personas con valoración de la situación de riesgo: enero del 2019 un 95,33% y enero del 2021 un 95,92%.

Personas con plan de cuidados de enfermería específico: enero del 2019 un 23,53 % y enero del 2021 un 62,50%.

Personas en situación de riesgo con plan confort: septiembre del 2020 un 0 % y abril del 2021 un 85,71%.

Número de contenciones mecánicas: 45 en el año 2019 y 37 en el año 2020.

Discusión e implicación para la práctica:

Mediante las estrategias utilizadas para prevenir el uso de contenciones mecánicas, basadas en la metodología del programa de los CCEC®, éstas disminuyeron un 17,7%. Lo que redunda en una mejora de la calidad asistencial y en la seguridad del paciente.

Se observa una buena evolución de los indicadores desde la implantación de las estrategias multicomponente.

Mediante la guía de fomento de seguridad y la mejor evidencia científica disponible, se ha conseguido mejorar la práctica clínica incorporando alternativas al uso de contenciones mecánicas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Registered Nurses Association of Ontario. (2012). RAO promoting safety: alternative approaches to the use of restraints. Toronto, on: author. Retrieved from

https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/promoting_safety_alternative_approaches_to_the_use_of_restraints_0.pdf

AUTORES/AUTHORS:

MARIA MILAGROS AMUNDARAIN LEJARZA, AURORA OÑA GARCIA, LEIRE ORBE LIZUNDIA, VIOLETA SANCHEZ ESTEVEZ, ANA VALLADARES ALCOBENDAS

TÍTULO/TITLE:

Satisfacción de los profesionales de salud mental con la formación en la implantación de guías de buenas prácticas

Los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® (CCEC®)®, o BPSO® por sus siglas en inglés, son instituciones implicadas con la práctica basada en la evidencia científica procedente de la investigación en cuidados. Los CCEC se comprometen con las instituciones convocantes a aplicar, evaluar y mantener Guías de Buenas Prácticas (GBP) publicadas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Para llegar a ser CCEC® la institución se presenta a una convocatoria en la que si es admitido como candidata tienen que implantar un mínimo de 3 GBP en tres años. El Programa BPSO se desarrolla a nivel internacional.

Con el objetivo de ser CCEC®, la Red de Salud Mental de Bizkaia (Servicio Vasco de Salud-Osakidetza) se comprometió a implantar tres guías entre las que estaba la GBP de Intervención en Crisis (GBP IC).

En la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB) los dispositivos participantes en la implantación de la GBP IC han sido los equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario de la Comarca Interior y el Programa de Primeros Episodios Psicóticos. Dentro del proceso de la instauración de la GBP se requiere formación para los profesionales involucrados en el mismo. La implantación de la guía se realiza de manera metódica mediante la Herramienta de implantación de buenas prácticas (segunda edición) y la formación de impulsores (profesionales con un rol más activo en el proceso).

OBJETIVO:

Evaluar la satisfacción de los profesionales de salud mental en la formación de herramientas de la implantación de guías de buenas prácticas de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®.

MÉTODOS:

El presente trabajo se realizó en los servicios de Primeros Episodios Psicóticos y Tratamiento Asertivo Comunitario de la Comarca Interior de la Red de Salud Mental de Bizkaia (Osakidetza), mediante un diseño observacional descriptivo y la metodología del programa de implantación de guías de buenas prácticas en los CCEC®.

Participaron 23 profesionales pertenecientes a los equipos implicados. Se organizó y realizó un curso mixto (presencial y online) de 8 horas de duración por dispositivo donde recibieron formación específica en herramientas de la implantación. Los objetivos del curso eran: a) conocer el proceso de implantación, b) adquirir destrezas para la implantación con el fin último de adquirir capacidades como impulsores. Una vez realizado el curso se les pasó el Cuestionario de Satisfacción de Formación de Osakidetza de forma anónima. Dicho cuestionario constaba de 29 ítems que puntuaban de 0 a 10 (siendo 0 nada satisfecho/de acuerdo 10 totalmente satisfecho/de acuerdo) y 2 ítems eran de texto libre.

La extracción de los datos se realizó de forma anonimizada y agregada a través de la base de datos corporativa de Osakidetza en 2021 y se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos.

RESULTADOS:

La puntuación global del curso fue de 7,43, siendo la puntuación más alta para el ítem apoyo para solventar los problemas con 9,21 perteneciente al bloque objetivos, planificación y organización. En dicho bloque, el cumplimiento de los objetivos puntuó 7,76, mientras que el ítem La información facilitada en la guía del curso ha sido adecuada un 8,19.

En el bloque del aula se valoró la Adecuación de la sala y el mobiliario con un 8,09. En el apartado entorno virtual se situó el ítem peor valorado del curso con un 5,40, Problemas técnicos que dificultan curso. Los otros ítem puntuaron por encima de 8: El aula virtual ha sido fácil de manejar (8,87), Los recursos han favorecido el aprendizaje (8,80), Resolución de problemas técnicos (8,33).

En Metodología y recursos formativos la puntuación se mantuvo entre 7,55 y 8,23: La metodología ha sido adecuada (7,64), La calidad de la documentación (8,21), El diseño de los materiales didácticos (8,14), El nivel de los contenidos (7,55), Las actividades del curso para aprender (7,57), La relación con mis compañeros (8,23).

La valoración de las docentes fue satisfactoria como se aprecia: La claridad en las exposiciones (8,84), la posibilidad de participación del docente (8,79), y la preparación del/la docente con un 8,9.

En relación al aprovechamiento, aplicabilidad e impacto del curso los ítems puntuaron similar. Se valoraron los nuevos conocimientos y habilidades que puntuaron un 7,23, la Influencia positiva en práctica diaria que obtuvo un 7,35 y la Aplicación en mi puesto de trabajo que se valoró con un 7,45.

La encuesta acababa con la valoración general en la que se valoró que El curso se ha adecuado a expectativas con un 7,59.

Entre los aspectos a mejorar destacaron el especificar que partes de la guía leer y que parte de las acciones propuestas dependen de terceros a nivel organizativo y no tanto del servicio en concreto, por lo que quizás no fueran tan fáciles para implementar.

Los aspectos positivos que se señalaron fueron el poder compartir reflexiones con resto del equipo y la disponibilidad de las formadoras junto a la organización de trabajo por grupos.

DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA:

Se observó una alta satisfacción respecto a la formación recibida en general por parte de los profesionales, valorándose como un curso útil de cara a la implantación. Por otro lado, se evidenció que para los/as participantes era positivo en la práctica diaria.

La formación de herramientas en la implantación es imprescindible de cara a la traslación de la evidencia a la práctica diaria y una forma de unificar criterios entre los diferentes profesionales.

Las autoras de este trabajo declaran que no poseen conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). Crisis Intervention for adults using a trauma-informed approach: Initial four weeks of management (3rd ed.). Toronto, ON: Author. [Intervención en crisis: abordaje del trauma en adultos en las cuatro primeras semanas (3ª ed.) Disponible en: https://www.bpsos.es/wp-content/uploads/2020/01/D0013_Intervencion_en_Crisis_2018.pdf

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

Herramienta de implantación de buenas prácticas (2 es) Disponible en:

https://www.bpsos.es/wp-content/uploads/2020/03/D0041_Toolkit_2015.pdf

Mesa 6: Impacto COVID/ Profesionales

Session 6: Impact COVID/ Professionals

AUTORES/AUTHORS:

Gloria Reig Garcia, Montse Canet Ponsa

TÍTULO/TITLE:

El valor de la Atención Primaria durante la primera ola de la Covid-19

Introducción:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y la declaración de Alma Ata afirma que la Atención Primaria (AP), como ámbito asistencial responsable de la promoción, la prevención, la curación y la rehabilitación, es fundamental para conseguir esta salud (1). La AP es la puerta de entrada al sistema de salud y uno de los pilares del sistema sanitario público. Sus profesionales disponen de los conocimientos, habilidades, actitudes y experiencia para hacer frente a la atención de las personas, familias y comunidades, y para adaptarse a los retos constantes. Es conocido que los sistemas sanitarios con una AP sólida consiguen mejores resultados en salud a menores costes, y esto se acentúa en situaciones de epidemia. La declaración de Astana por la AP del año 2018 argumenta el papel imprescindible de ésta en el abordaje de la epidemia del Ébola el año 2015, su análisis demostraba que la respuesta sanitaria era proporcional al grado de competencia de la AP (2). La crisis sanitaria y social vivida a raíz de la pandemia de la Covid-19 ha puesto a prueba el sistema sanitario. Algunos países han pasado por alto los servicios y la estrategia de AP de salud como vehículo para abordar el brote de la enfermedad, otros países lo han adaptado a esta situación, siendo estos, mucho más valiosos (3). La Covid-19 ha transformado el mundo en que vivimos. La pandemia ha provocado cambios radicales en el sistema de salud y también en la AP, poniendo de manifiesto una serie de debilidades, sobre todo relacionadas con falta de recursos profesionales y materiales, pero también evidenciando la capacidad del sistema de salud. En este sentido, la AP se ha transformado, demostrando su flexibilidad y capacidad de atención. La pandemia ha visibilizado este ámbito asistencial y ha hecho patente su importancia dentro del sistema de salud.

El objetivo del estudio fue identificar los recursos emergidos en la Atención Primaria de la Región Sanitaria (RS) de Girona (Catalunya), durante la primera ola de la Covid-19.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal en el ámbito de Atención Primaria (RS Girona, Catalunya) durante el periodo de marzo a mayo de 2020. Las variables se organizaron en tres apartados: (a) datos de la actividad asistencial relacionados con la Covid-19 y (b) datos relacionados con los dispositivos asistenciales, y (c) datos relacionados con la transformación digital de la AP. Como instrumento se utilizó la base de datos del Sistema Informático de AP (ECAP-SISAP) (4). El análisis de datos se realizó mediante descriptivos de frecuencia.

Resultados:

Durante el período de estudio, la AP hizo seguimiento a una media mensual de 12852 personas con sospecha o diagnóstico de Covid-19. La incidencia de pruebas de RX tórax solicitadas desde la AP fue de 4,6 (x 1000habitants).

La AP lideró la adaptación de dispositivos para atender a aquellas personas con diagnóstico de Covid-19, y sin capacidad de aislamiento en el domicilio habitual o en la residencia. En este sentido en el territorio de estudio se habilitaron dos dispositivos. El Hotel Salud, que atendió un total de 63 personas durante el periodo de estudio, y la residencia Orpea, que atendió a 72 personas. En relación a los cribados en poblaciones sensibles, el proyecto Orfeo, compuesto por enfermeras de AP que realizaban cribados masivos de PCR en zonas estratégicas, realizó una media de 600 pruebas al día.

Finalmente, y referente a la digitalización, durante el periodo de estudio se realizaron un total de 693.211 visitas no presenciales (405.443 visitas más que en el año 2019).

Discusión:

La gestión del Covid-19 en la AP se focalizó principalmente en la identificación y seguimiento de casos (5,6), y así lo confirman los resultados de estudio. La AP se caracteriza por la alta sensibilidad con la población vulnerable y en este sentido la AP de la RS de Girona adaptó el Hotel Salud, para atender a personas con dificultades de aislamiento en el domicilio. La situación complicada, durante la primera ola de la Covid-19, en las residencias es ampliamente conocida, y la AP lideró la apertura de Orpea, una residencia exclusiva para pacientes Covid-19 institucionalizados en residencias no adaptables a la situación.

Los cribados de PCR son una parte fundamental en el abordaje del Covid-19 (7), en este sentido la AP impulsó el proyecto Orfeo, equipos móviles de cribados PCR.

Finalmente, disponer de un acceso rápido y efectivo al sistema sanitario es esencial para la salud de las personas, asimismo la AP ofreció acceso telemático, aumentando el incremento de las visitas no presenciales en un 58,5% de respecto en 2019: La eConsulta (servicio de teleconsulta asíncrona) y La Meva Salut (acceso de la ciudadanía a su historia clínica) son ejemplos.

Conclusiones:

La Atención Primaria ha demostrado una elevada capacidad para liderar la identificación y seguimiento de personas enfermas por Covid-19. También en la gestión de residencias y recursos asistenciales para personas con diagnóstico de Covid-19 y vulnerabilidad social.

Finalmente, durante la primera ola de la Covid-19, la AP demostró agilidad en la adaptación digital, para continuar dando servicios de salud al resto de personas de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1-Declaration of Alma-Ata. Geneva: World Health Organization, 1978

2-Kraef, C., Kallestrup, P. After the Astana declaration: is comprehensive primary health care set for success this time? *BMJ Glob Health*, 2019, 4

3-Solera, J., Tárraga, P. Primary Health Care: more necessary than ever in the Coronavirus crisis. *Journal of Negative and No Positive Results*, 2020

4-14-Ecap [Internet]. [Consultado 8 Jun 2020]. Disponible en: <https://ticsalutsocial.cat/projectes/observatori/ecap-ergo/>

5-Prieto-Alhambra D., Ballo E., Coma E., Mora N., Aragón, M., Prats-Urbe, A. Hospitalization and 30-day fatality in 121,263 COVID-19 outpatient cases. *MedRxiv*, 2020, 5

6-C. Hajat, E. The global burden of multiple chronic conditions: a narrative review. *Prev Med Rep*, 2018, 12: 284–293

7-Mehrotra. A Rapidly Converting to “Virtual Practices”: Outpatient Care in the Era of Covid-19. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 2020.

AUTORES/AUTHORS:

Claudia Morán del Pozo, Macarena García Urquiza, Víctor Alameda Casabella, Miriam Abellán Gómez

TÍTULO/TITLE:

Efectos en la salud en tres grupos de enfermeras y TCAEs que trabajaron durante la primera ola de COVID-19 en Madrid.

Antecedentes

Debido a la saturación de las UCIs por la pandemia de COVID-19, numerosos hospitales tuvieron que transformar quirófanos y unidades de reanimación posquirúrgica (URP), para el ingreso de pacientes crítico-infecciosos. Uno de estos centros fue el Hospital Central de la Cruz Roja, perteneciente al Servicio Madrileño de Salud. Durante la primera ola (marzo-junio 2020) se aumentaron las camas un 30%, y se acondicionó la URP, en una UCI para enfermos de COVID-19. La transformación de la URP planteó varios retos. A nivel de recursos materiales e infraestructura, se encontraron barreras arquitectónicas que no permitían la vigilancia adecuada del paciente desde fuera de la zona de aislamiento, lo que provocaba un uso del Equipo de Protección Individual (EPI) mayor al tiempo recomendado por fabricante (<120 minutos). A su vez, la escasez de ventiladores específicos de UCI, ocasionó el uso de ventiladores de quirófano, los cuales tenían más limitaciones. Además, a nivel de recursos humanos, se aumentó un 60% la plantilla de enfermeras y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs), pasando de 25 profesionales a 40, incluyéndose 4 alumnas de pregrado. Este incremento de personal, permitía la división de los turnos de trabajo, para alternar la entrada en la zona de aislamiento, sin embargo, la sobrecarga de trabajo y el desconocimiento del manejo del paciente crítico de COVID-19, al inicio de la pandemia, eran factores que los profesionales percibían como estresantes. En julio de 2020, se cerró la UCI-COVID y se volvió a acondicionar para dos ingresos en septiembre de 2020. Tras estos últimos ingresos no se ha vuelto a retomar la atención de pacientes críticos de COVID-19 en el centro.

Objetivo

Comparar los efectos en la salud en tres grupos de profesionales que trabajaron durante la 1ª Ola (marzo-junio 2020) con pacientes críticos con COVID-19 a los 7 meses y al año.

Métodos

Estudio observacional, de cortes transversales, descriptivo. La población diana fueron las enfermeras y TCAEs que trabajaron en la UCI-COVID durante la 1ª Ola (marzo-junio 2020). Como criterios de inclusión se contempló la voluntariedad de los participantes y como criterios de exclusión, se descartaron participantes que no hubieran trabajado en la 1ª Ola. 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 diseñaron 3 cuestionarios ad hoc, autoadministrados y con preguntas cerradas. El primer cuestionario fue difundido el 8 de mayo de 2020 (G1), el segundo el 13 de diciembre de 2020 (G2) y el tercero el 10 de mayo de 2021 (G3). Los resultados obtenidos para el G1 fueron presentados de forma individual en la XXIV edición del Encuentro de Investigación en Cuidados. En todos los grupos, se estudiaron variables sociodemográficas (edad, sexo, profesión), uso del EPI, frecuencia de signos y síntomas (palpitaciones, disnea, miedo, impotencia, tristeza; en tres momentos: en domicilio, en el camino al trabajo y durante la jornada de trabajo), frecuencia de problemas de sueño (pesadillas o terrores nocturnos, insomnio de conciliación, insomnio de

despertar precoz o insomnio de mantenimiento), efectos en la libido (aumento, disminución o sin cambios respecto a la primera ola) y efectos en las relaciones sociales con los compañeros durante el trabajo (mejoría, empeoramiento o sin cambios). Para cuantificar las frecuencias se utilizó una escala Likert de 5 puntos (Muy frecuente, Frecuente, A veces, Raramente y Nunca). Posteriormente en el análisis se reconvirtieron en 3 categorías: Frecuente, A veces y Nunca. 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, Directora Enfermera y el Gerente, aceptaron la realización del estudio. Se analizaron las frecuencias para las características sociodemográficas en forma de porcentaje para las variables cualitativas y la media y Desviación Típica (DT) para variables cuantitativas. Para examinar si existían diferencias entre los distintos grupos analizados, se llevó a cabo análisis de ANOVA con las respuestas de cada grupo. Para todas las comparaciones se comprobaron los supuestos del ANOVA con R software version 4.0.3.

Resultados

De las 35 personas en el G1, el 82,9%(29) eran mujeres y 17,1%(6) eran hombres con una edad media de 37,54 y una DT de 11,01. En cuanto a la profesión, 71,4%(25) eran enfermeras y 28,6%(10) eran TCAE. En relación a la experiencia laboral de este grupo, 51,4%(18) tenían experiencia en reanimación, 31,4%(11) en otra unidad y 17,1%(6) no tenían experiencia. En este grupo el 100% de los participantes usaba el EPI más de 2 horas ininterrumpidas. Al igual que en el G1, en el G2, había 82,9%(29) mujeres y 17,1%(6) hombres, con una edad media de 40,11 y una DT de 12,14. En cuanto a la profesión, 74,3%(26) eran enfermeras y 25,7%(9) eran TCAE. En relación, al lugar de trabajo actual de este grupo, 45,7%(16) trabajaban en reanimación, 51,4%(18) en otra unidad y 2,9%(1) había dejado el hospital. En este grupo 17,1%(6) de los participantes usaban el EPI 2 horas ininterrumpidas todos los días, 40%(14) no usaban el EPI nunca y 42,9%(15) lo usaban a veces. De las 31 personas en el G3, el 77,4%(25) eran mujeres y el 22,6%(6) eran hombres con una edad media de 42,16 y una DT de 12,16. En cuanto a la profesión, 58,1%(18) eran enfermeras y 41,9%(13) eran TCAEs. En cuanto al lugar de trabajo actual de este grupo, el 45,2%(14) trabajaban en reanimación, el 48,4%(15) en otra unidad y el 6,5%(2) habían dejado el hospital. En este grupo, 3,2%(1) de los participantes usaban el EPI 2 horas ininterrumpidas todos los días, 74,2%(23) no usaban el EPI nunca y 22,6%(7) lo usaban a veces.

Problemas en el descanso

En el G1, el despertar precoz y la dificultad para conciliar el sueño, fue frecuente en el 74,28% (26) de los participantes, seguido de la dificultad para mantenerlo en el 64,8% (24) y las pesadillas o terrores nocturnos que estuvieron presentes en el 45,71% (16). En el G2, los problemas de sueño fueron menos frecuentes de forma general. El más frecuente fue el despertar precoz en el 31,42% (11) de los participantes, seguido de la dificultad para conciliar y para mantener el sueño, presente en el 25,71% (9). Las pesadillas o terrores nocturnos afectaron al 17,14% (6). En el G3, el despertar precoz, la dificultad para conciliar y para mantener el sueño, fue respectivamente frecuente en el 29,03% (9) de los participantes. Las pesadillas o terrores nocturnos fueron frecuentes en el 11,42% (4) de los encuestados. Se encontraron diferencias significativas entre el G1 y G2, en la frecuencia de pesadillas o terrores nocturnos ($p=0,002$), despertar precoz ($p=0,003$), dificultad para conciliar el sueño ($p<0,001$) y dificultad para mantenerlo ($p=0,009$), siendo más frecuentes en el G1. También se encontraron diferencias significativas entre el G1 y G3 respecto a las pesadillas o terrores nocturnos ($p<0,001$), dificultad para conciliar ($p=0,002$), despertar precoz ($p=0,003$) e dificultad para mantenerlo ($p=0,006$). Habiendo sido más frecuente en el G1. No se observaron diferencias significativas entre el G2 (diciembre 2020) y G3 (mayo 2021).

Efectos en la libido

En el G1, el 51,4%(18) experimentó una reducción de la libido, atribuible a la carga de trabajo, el 48,57%(17) no percibió cambios y ningún participante refirió un aumento en su deseo sexual. En el G2, el 62,9%(22) no percibió cambios, seguido de un 20%(7) que refirió un disminución y un 17,1%(6) que experimentó un aumento en su deseo sexual respecto a la primera ola. Se encontraron diferencias significativas ($p=0,004$), entre el G1 y G2; estando la libido más disminuida en el G1. En el G3, el 54,83%(17) no percibió cambios, seguido de un 38,72%(12) que refirió un disminución y un 6,45%(2) que experimentó un aumento en su deseo sexual respecto a la primera ola. No se encontraron diferencias significativas entre el G1 y G3 ($p=0,283$) y G2 y G3 ($p=0,057$).

Efectos en las relaciones sociales

En el G1, el 60%(21) refirió que el trabajo había afectado positivamente a las relaciones y el 40%(14) refirió que no habían percibido cambios. Ningún participante remitió un empeoramiento en las relaciones en este grupo. En el G2, las relaciones sociales se vieron afectadas positivamente en el 42,4%(15), respecto a un 17,1%(6) que percibió un empeoramiento respecto a la primera ola. Un 41,4%(14) no percibió cambios. En el G3, el 54,83%(17) no percibió cambios, un 25,8%(8) experimentaron un empeoramiento respecto a la primera ola, en contra a un 19,35%(6) que percibieron una mejoría. Se encontraron diferencias significativas entre el G2 y G3 ($p<0,001$), encontrándose una mejoría en las relaciones en el G2.

Frecuencia de signos y síntomas durante el trabajo, de camino a este o en domicilio

Se observan diferencias significativas entre grupos, en el momento de camino al trabajo:

- Palpitaciones ($p=0,037$), entre el G1 y G2. Habiendo sido más frecuentes en el G1.
- Miedo ($p<0,001$), entre G1 y G2; ($p=0,001$) entre G1 y G3. Habiendo sido más frecuente en el G1 en ambos casos.
- Impotencia ($p=0,046$), entre G1 y G2; ($p=0,046$) entre G1 y G3. Habiendo sido más frecuente en el G1 en ambos casos.

Se observan diferencias significativas entre grupos, en el momento durante el trabajo:

- Disnea ($p<0,001$), entre el G1 y G2; ($p<0,001$) entre G1 y G3. Habiendo sido más frecuente en el G1 en ambos casos.
- Impotencia ($p=0,034$), entre el G1 y G2; ($p<0,011$) entre G1 y G3. Habiendo sido más frecuente en el G1 en ambos casos.

Se observan diferencias significativas entre grupos, en el momento en domicilio:

- Palpitaciones ($p=0,006$), entre el G1 y G2. Habiendo sido más frecuente en el G1.
- Sensación de falta de aire ($p=0,013$), entre el G1 y G2; ($p<0,013$) entre G1 y G3. Habiendo sido más frecuente en el G1 en ambos casos.
- Miedo ($p=0,003$), entre G1 y G2; ($p<0,006$) entre G1 y G3. Habiendo sido más frecuente en el H1 en ambos casos.
- Impotencia ($p<0,001$), entre el G1 y G2; ($p<0,001$) entre G1 y G3. Habiendo sido más frecuente en el G1 en ambos casos.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos respecto a los síntomas de sensación de falta de aire y tristeza, en el momento de camino al trabajo; palpitaciones, miedo y tristeza, durante el trabajo; tristeza en domicilio. La mayoría pertenecen al bloque de tristeza.

Los únicos grupos que no muestran diferencias entre ellos son el G2 (diciembre 2020) y el G3 (mayo 2021).

Discusión

Este estudio compara los efectos en la salud de tres grupos de profesionales (G1, G2 y G3) que trabajaron durante la primera ola con pacientes críticos con COVID-19, en tres momentos distintos: mayo 2020, diciembre 2020 y mayo 2021. En el G1, encuestado mientras la UCI acondicionada estaba operativa, la proporción de síntomas negativos, trastornos del sueño, y la libido, fueron significativamente más frecuentes, que en el G2 y G3. El impacto psicológico que ha supuesto el trabajo de profesionales sanitarios (PS) con pacientes con COVID-19, continúa siendo investigado a nivel nacional e internacional; sin embargo, cada vez hay más evidencias de los PS son susceptibles de tener un alto nivel de estrés que se asocia con mayores niveles de ansiedad, depresión, burn out o síntomas de estrés postraumático (1-6). En nuestro estudio, los efectos en la salud, por los que se preguntaron, se vieron significativamente disminuidos en los momentos que los PS ya no estaban atendiendo a pacientes críticos de COVID-19. Los resultados hallados siguen la tendencia que reflejan otros estudios de mayor envergadura. Como limitaciones, se utilizó una muestra pequeña y un formulario ad hoc, elaborado según las preocupaciones y síntomas que los compañeros referían.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gabinete de comunicación UCM. El 79,5% de los sanitarios sufren ansiedad y el 40% se siente emocionalmente agotado tras la primera oleada de atención hospitalaria por Covid-19. [Internet]. 2020; Madrid, 18 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.ucm.es/estudio-laboratorio-psicologia-trabajo>.
2. Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Mula A, Martín-Delgado J, Pérez-Jover MV, Vicente MA, Fernández C; SARS-CoV-2 Second Victim Study Group. Acute stress of the healthcare workforce during the COVID-19 pandemic evolution: a cross-sectional study in Spain. *BMJ Open*. 2020 Nov 6;10(11):e042555. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042555>.
3. Alhalaiqa FN, Khalifeh AH, Al Omari O, Yehia DB, Khalil MMH. Psychological Problems in a Sample of Jordanian Healthcare Workers Involved in Caring for Patients With COVID-19: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol*. 2021 Aug 26;12: 679785. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.679785>.
4. Galanis P, Vraika I, Fragko D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurse's burnout and associated risk factors during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nur*. 2021; 22:8. 3286-3302. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.14839>.
5. 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>.
6. Barelló 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>.

AUTORES/AUTHORS:

David Guadarrama Ortega, M^a Magdalena Martínez Piédrola, Manuel Acevedo García, Ana M^a Morales Guijarro, Pilar Arribas Sancho, Vanesa Ruiz Luján, Judith Fontanet Gay, Cirila Cediél Altares, Noguera Quijada Carmen

TÍTULO/TITLE:

Impacto de una pandemia por COVID-19 en la implantación de guías de buenas prácticas en un hospital universitario.

Introducción:

El 31 de diciembre de 2019, se notifican en China los primeros casos de una neumonía de causa desconocida en la ciudad de Wuhan. A fecha 3 de enero de 2020, ya se habían notificado 44 pacientes con neumonía de etiología desconocida [1]. En España, se detecta el primer caso de COVID-19 el 29 de enero de 2020 [2] Desde el 2 de marzo de 2020 hasta el 30 de abril de 2020, en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) se produce el mayor número de ingresos diarios de toda la pandemia, llegando a superar los 450 pacientes por COVID-19, superando la capacidad total de camas estructurales del HUFA (403 camas). En 2017, el HUFA presenta su candidatura a Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados, comenzando su participación en el proyecto en 2018. La aparición de la pandemia en 2020 ha supuesto un impacto a nivel asistencial en todos los sistemas sanitarios.

Objetivos:

Evaluar el impacto de la situación de pandemia por COVID-19 en la 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 certificación como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC®) en el año 2020, año de más impacto de la pandemia en un hospital público de nivel 2. Evaluar dicho impacto en 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).

Métodos:

Estudio descriptivo en el que se analizaron los indicadores propuestos por la RNAO dentro del programa BPSO® durante 2020 y su comparación con 2019. Los indicadores se obtuvieron de los datos introducidos en la plataforma CarEvid+ por los equipos de evaluadores BPSO®. Descripción de las medidas tomadas en el centro para afrontar la primera oleada de COVID-19 y cómo afectó esto a las unidades diana donde se implantan las GBP.

Resultados: Se analizaron un total de 1017 pacientes con criterios de evaluación de RNAO. 374(36,77%) Ictus, 152(14,95%) LM, 445(43,76) LPP y 46 (4,52%) Ostomías. El 53,3% fueron mujeres. Comparando los principales indicadores en 2019 y 2020, la incidencia de LPP intrahospitalaria pasó de 4,12% a 2,92% (RR: 0,71; p=0,3056). El porcentaje de LM al alta pasó de 60,14% a un 64,47% (RR: 1,07; p=0,4381). El porcentaje de pacientes con marcaje del estoma pasó de un 60,78% a un 57,50% (RR: 0,95; p=0,7516). El porcentaje de valoración neurológica de pacientes con Ictus, pasó de 77,17% a un 70,24% (RR: 0,91; p=0,0232).

Discusión:

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un gran impacto en la implantación de las GBP de RNAO en el hospital. 3 de las 4 guías sufrieron un claro descenso en los indicadores. LM obtuvo mejores resultados ya que las madres fueron derivadas a pediatría que también implantaba la guía de LM. La incidencia de LPP no se vio afectada por la pandemia de COVID, al contrario, mejora los datos de 2019. Las GBP de Ostomías e Ictus se vieron afectadas en 2020 de por un empeoramiento de indicadores. Tras la primera oleada de COVID-19 y la decisión del comité de implantación de proseguir con la evaluación e implantación de GBP durante 2020, se ha podido retomar, con cierta facilidad, la situación previa a la pandemia en cuanto a los indicadores, pudiendo corregir aquellos que durante marzo y abril se vieron afectados. Las actividades realizadas por el equipo de implantación de las guías permitieron minimizar el impacto de la situación pandémica en los cuidados de los pacientes, reflejándose en los indicadores de Carevid+ que el equipo de evaluadores siguió alimentando.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. WHO | Pneumonia of unknown cause – China n.d.

<https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/> (accessed April 29, 2020).

2. Spiteri G, Fielding J, Diercke M, Campese C, Enouf V, Gaymard A, et al. First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the WHO European Region, 24 January to 21 February 2020. *Eurosurveillance* 2020;25.

<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.9.2000178>.

Mesa 7: Población con condiciones crónicas

Session 7: Chronic condition population

AUTORES/AUTHORS:

M^a FUENSANTA HELLIN GIL, ROSA MARIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, JUAN ANTONIO SÁNCHEZ PÉREZ, M^a JOSÉ RODRIGUEZ GONZÁLEZ, RAQUEL CHUMILLAS HERREO, M^a PILAR FERRER BAS

TÍTULO/TITLE:

ANÁLISIS CUALITATIVO DE CUIDADOS ENFERMEROS EN PACIENTES INCONTINENTES: VISIÓN DEL PACIENTE Y PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS:

Objetivo General: Evaluar de forma cualitativa, el impacto y la satisfacción que la implantación de un protocolo de cuidados al paciente incontinente, que precisa de productos absorbentes, basado en evidencia científica, y la consecuente incorporación de nuevos cuidados relacionados con la higiene, cuidado de la piel, valoraciones específicas para estos pacientes, plan de cuidados, etc., provoca en los pacientes y en los profesionales de enfermería que lo aplican.

Objetivos Específicos:

-Valorar la satisfacción del paciente al introducir nuevas intervenciones relacionadas con su cuidado, que corroboren los beneficios obtenidos de forma cuantitativa, y respalden los cuidados enfermeros que reciben.

-Valorar la satisfacción de los profesionales de enfermería: enfermeros/as y auxiliares de enfermería, al aplicar las nuevas intervenciones en cuidados incorporadas en su práctica clínica habitual, de manera que respalden y afiancen la aplicación de las mismas y sus beneficios.

-Afianzar los nuevos cuidados de enfermería incorporados en las Unidades de Medicina Interna relacionados con la higiene y cuidado a pacientes incontinentes que precisan de productos absorbentes.

MÉTODO: Estudio cualitativo de tipo fenomenológico, es decir, pretende explicar la esencia de la experiencia de los sujetos, o su experiencia individual desde su punto de vista, que, en el caso de los pacientes, sería al recibir los cuidados relacionados con la higiene de la piel y la aplicación de productos absorbentes, y en el caso de los profesionales, se refiere a cómo realizan los cuidados de enfermería en estos pacientes. Se realizaron 10 entrevistas individuales semiestructuradas en profundidad a pacientes ingresados en 2 Unidades de Medicina Interna, con los siguientes criterios de inclusión: 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, que se encuentran encamados, o cuya higiene se les realiza en cama, y que acepten ser incluidos en el estudio.

También se realizaron otras 10 entrevistas individuales semiestructuradas a profesionales de enfermería encargados del cuidado de estos pacientes en las mismas unidades, con los siguientes criterios de inclusión: profesionales de enfermería (enfermeros/as y auxiliares de enfermería) que trabajan en las Unidades de Medicina Interna a estudio, y que están aplicando el protocolo y los nuevos cuidados a los pacientes incontinentes ingresados.

Las entrevistas se iniciaron con la presentación del entrevistador como miembro del equipo investigador, se solicitó el consentimiento del paciente y profesional para dar su conformidad a la grabación y la posterior utilización y difusión de su opinión sobre la percepción que tienen de los cuidados proporcionados por enfermería durante su estancia hospitalaria, mediante consentimiento informado. Se comenzó con una primera pregunta abierta, amplia y generadora, que facilitó al sujeto iniciar su relato. Fue importante analizar cómo organizaba el entrevistado su discurso, si siguió una secuencia cronológica, y a partir de qué momento empezaba a contar su experiencia personal.

Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas, es decir, entrevistas que cuentan con un guion, cuya finalidad fue recordar al investigador aquellos temas que estaban interesados en conocer y que, en caso de no salir en el curso normal de la entrevista, se preguntaron directamente. Se realizaron preguntas abiertas, y las respuestas se grabaron mediante grabadora digital, y fueron transcritas a papel con la finalidad de mantener la versión original y poder identificar los conceptos expuestos por los pacientes y profesionales. Las entrevistas fueron realizadas por una entrevistadora que no había tenido contacto previo con los pacientes, con el fin de evitar el sesgo que pudiera introducir el entrevistador. La transcripción a papel la realizó un único transcriptor para eliminar la variabilidad del observador.

Las entrevistas, tanto para pacientes como para profesionales, giraron en torno a 3 ejes centrales: aspectos técnicos relacionados con los recursos materiales, aspectos comunicativos relacionados con su relación con el personal de enfermería, si es paciente, o con superiores, comerciales, compañeros, etc. si son profesionales, y aspectos relacionados con la comodidad, si es paciente en cuanto a su sensación de confort y cuidado, y si es profesional, en relación a su trabajo diario al incorporar el protocolo y las nuevas formas de cuidado. Estuvieron centradas en la asistencia relacionada con los cuidados de enfermería, y siempre desde la visión de las expectativas de los pacientes y profesionales. Las entrevistas tuvieron una duración mínima de 10 minutos y máxima de 40 minutos, y se realizaron en la habitación del paciente, o en el estar de enfermería si es a profesionales.

Se realizó un análisis cualitativo, transcribiendo primero todas las entrevistas realizadas de forma individual por sujeto de estudio, para posteriormente, identificar y clasificar aquellas afirmaciones o conceptos concretos extraídos de cada entrevista, identificando los conceptos que se mencionan sobre las tres áreas estudiadas (técnicas, comunicativa y comodidad de la asistencia), y así poder establecer conclusiones en cada una de ellas, y del estudio en general. El análisis de cada entrevista fue realizado de forma independiente por los miembros del equipo de trabajo y posteriormente se realizó la puesta en común, para unificar conceptos. Las entrevistas fueron grabadas y analizadas posteriormente mediante el programa Atlas.ti8.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del hospital objeto de estudio y la Dirección de Enfermería, siendo financiado para su realización mediante la intensificación de la Investigadora Principal, por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS).

Manifestamos que en este estudio no existió ningún conflicto de intereses.

RESULTADOS: Como estudio cualitativo, seguimos el principio de saturación, es decir, el punto en el cual se ha escuchado ya una diversidad de ideas, y no aparecen otros nuevos elementos, que fue lo que ocurrió tras realizar las 10 entrevistas de cada grupo de estudio. Mediante el programa Atlas.ti8, se realizaron dos figuras, una para pacientes y otra para las entrevistas a profesionales, en las que se interrelacionaron las 3 áreas temáticas más importantes sobre las que se preguntó, y en cada una de ellas se asociaron las citas textuales más significativas y representativas emitidas por los entrevistados de cada uno de los temas. Así mismo, se compararon las respuestas obtenidas sobre los mismos temas por parte de los dos grupos de estudio (pacientes y profesionales), para establecer puntos de consenso o discrepancia y conocer la opinión y satisfacción de cada colectivo sobre una misma cuestión, todo reflejado también gráficamente y corroborado con las citas textuales de los participantes más significativas o ilustrativas, mediante el programa Atlas.ti.8.

En el grupo de los pacientes, todos manifestaron su satisfacción con los cuidados adecuados a protocolo, así como con la higiene seca (manoplas impregnadas y espumas limpiantes) de reciente incorporación en la unidad. Aunque al principio los pacientes fueron reticentes a esta nueva forma de higiene, al estar acostumbrados al agua y jabón, nos manifestaron su satisfacción al probarla: “siento la piel más limpia, seca e hidratada”, “la piel se encuentra más seca, menos húmeda, sin restos de jabón, más hidratada, menos escamada, y se siente más limpia y turgente”. Las toallitas/manoplas les gustan porque les refrescan en verano, y en invierno, al estar calientes mediante estufas destinadas a ello, proporcionan un baño o limpieza más agradable, sintiéndose más limpios y obteniendo mayor confort. La espuma que ayuda a eliminar las heces, también ha tenido gran acogida, pues inactiva el olor, muy importante al compartir habitación con otro paciente, y a eliminar los residuos de las heces sin dañar la piel. Los pacientes y familiares están muy satisfechos con esta higiene seca y cuidados, e incluso piden información para poder adquirir los productos y seguir utilizándolos en casa cuando se van de alta. También están muy contentos con el nuevo protocolo de cuidados que asocia el tipo de producto absorbente a utilizar en cada paciente, en función de su valoración enfermera de la incontinencia al ingreso en la unidad, y con las intervenciones en cuidados del personal de enfermería en estos pacientes, sólo expresando áreas de mejora en cuanto a que este personal soporta mucha carga de trabajo, que le impide solucionar antes las demandas de cuidados de los pacientes.

En el grupo de profesionales, manifestaron que: “trabajar con cuidados adecuados a un protocolo con evidencia e introducir la higiene seca, ha supuesto un cambio en la forma de trabajar, siendo más eficiente, eficaz y organizada, obteniendo al mismo tiempo,

mejores resultados en los pacientes, y favoreciendo la integridad de la piel, que se refleja en una mayor satisfacción relacionada con sus cuidados". Ha mejorado la organización del trabajo, a lo largo de la jornada laboral, de atención con los pacientes, y al desarrollar la higiene y el cuidado de estos pacientes, ya que, con menos recursos y materiales, se obtienen mejores beneficios para el paciente en cuanto a la forma de realizar la higiene y en el estado de su propia piel. Además, ha supuesto una gran medida durante los peores meses de la pandemia por Covid-19, ya que cuando tenían la unidad aislada, solo para atender a pacientes con coronavirus, con este tipo de higiene y cuidados, se deshecha todo y se manipula menos material, siendo todo más higiénico y cómodo. Las supervisoras de las unidades de estudio consultadas, han comprobado que desde que están aplicando estos cuidados, ha bajado el consumo en crema hidratante y productos de prevención y cura de heridas, presentándose muchas menos úlceras por presión y dermatitis asociadas a humedad, coincidiendo con los resultados obtenidos en el estudio previo cuantitativo presentado en 2020.

A raíz de los resultados obtenidos en este estudio cualitativo sobre satisfacción, y en el previo cuantitativo, se ha extendido la aplicación tanto del protocolo de cuidados a todas las unidades de hospitalización del hospital objeto de estudio, como la implantación de la higiene seca, que actualmente también se realiza en UCI y en otras unidades de hospitalización, ampliándose hasta conseguir su aplicación en todas las unidades del hospital.

DISCUSIÓN: Aplicando un protocolo de cuidados, basado en evidencia científica, y cambiando la higiene tradicional, con agua y jabón, por la higiene seca, mejora la satisfacción del paciente, contribuyendo a disminuir las complicaciones asociadas a la incontinencia y mejorando la calidad de los cuidados de enfermería. Así mismo, mejora la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería, que han encontrado con la aplicación de un protocolo de este tipo, que incluye cambios en los cuidados relacionados con la higiene y mejora su adaptación a cada paciente en función de su valoración enfermera al ingreso, quedando todo registrado en su historia clínica, una nueva forma de trabajar, donde no sólo mejoran los resultados de los cuidados en estos pacientes, sino que también se obtiene una forma de trabajar más eficiente, higiénica, eficaz, organizada y adaptada a sus condiciones laborales y de los pacientes que cuidan.

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. Black, J. M., Gray, M., Bliss, D. Z., Kennedy-Evans, K. L., Logan, S., Baharestani, M. M., & Ratliff, C. R. (2011). MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis: a consensus. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 2011; 38(4), 359-370.
8. Beeckman, D., Woodward, S., & Gray, M. Incontinence-associated dermatitis: step-by-step prevention and treatment. *British*

journal of community nursing. 2011; 16(8), 382.

9. 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).

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

11. 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.

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

AUTORES/AUTHORS:

Mireia Ladios Martín, José Fernández de Maya, Adrian Belso Garzas, Maria Jose Cabañero Martinez, Francisco Javier Ballesta Lopez

TÍTULO/TITLE:

Modelo predictivo para la detección de riesgo de desarrollo de úlceras por presión en unidades de hospitalización

Objetivos

Las úlceras por presión son un evento adverso a nivel hospitalario relevante y prevenible en la mayoría de los casos. Tradicionalmente, escalas como Braden y Norton se han usado para estimar el riesgo de desarrollar úlceras por presión. Sin embargo, estas escalas no siempre incluyen todos los factores de riesgo referenciados en la literatura, lo cual podría superarse mediante el uso de técnicas de Data Mining y Machine Learning. Como objetivo nos planteamos construir un modelo predictivo de desarrollo de úlceras por presión para pacientes admitidos en unidades de hospitalización de medicina interna.

Métodos:

El estudio se llevó a cabo en dos hospitales universitarios. La población se compuso por pacientes que tuvieran un episodio de medicina interna (n= 33864). Se empleó un diseño retrospectivo para entrenar y validar inicialmente el modelo; y un diseño prospectivo secuencial para validarlo en entorno real. El modelo predictivo se construyó a partir de variables incluidas dentro de la historia clínica electrónica y empleando técnicas de Data Mining y Machine Learning. El área bajo la curva, sensibilidad, especificidad y exactitud fueron evaluados.

Resultados:

El modelo seleccionado fue Neutral Network e incorporó 29 variables. Los valores psicométricos fueron superiores a los obtenidos por la escala Norton. Durante la validación inicial del modelo se obtuvo una sensibilidad del 0,69, una especificidad de 0,81 y un área bajo la curva de 0,84. En la validación prospectiva del Modelo el rendimiento alcanzó un área bajo la curva de 0,79.

Discusión:

Los resultados del modelo donde se empleó técnicas de Data Mining y Machine Learning, sugieren que su capacidad discriminante es superior a la de las escalas tradicionales. Su integración en la práctica habitual de los centros facilitará que los cuidados preventivos se dirijan hacia las personas que más lo necesitan sin necesidad de que las enfermeras aumenten su carga de trabajo realizando nuevas escalas o recopilando nuevos datos. Se requiere validar el modelo en nuevos entornos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific. Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily. Haesler (Ed.); 2014
2. Brandeis GH, Berlowitz DR, Katz P. Are pressure ulcers preventable? A survey of experts. Adv Skin Wound Care. 2001; 14 (244): 245–248.
3. Moore Z, Johanssen E, Etten M. van. A review of PU prevalence and incidence across Scandinavia, Iceland and Ireland (Part I). J Wound Care. 2013 22(7): 361–368
4. González JM, Blanco JM, Ayuso E, Recuero E, Cantero M, Sainz E, Peláez R. Epidemiología de las úlceras por presión en un hospital de agudos. Rev calidad asistencial 2003;18(3):173-7
5. Demarré L, Van Lancker A, Van Hecke A, et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. Int. J. Nurs. Stud. 2015; 52(11): 1754-1774.

6. Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM., Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2006; 54(1): 94-110
7. Nixon J, Cranny G, Iglesias C, et al. Randomised, controlled trial of alternating pressure mattresses compared with alternating pressure overlays for the prevention of pressure ulcers: PRESSURE (pressure relieving support surfaces) trial. *BMJ*. 2006; 332(7555):1413.
8. Reed R.L, Hepburn K, Adelson R., Center B, McKnight P. Low serum albumin levels, confusion, and fecal incontinence: Are these risk factors for pressure ulcers in mobility-impaired hospitalized adults?. *Gerontology*. 2003; 49(4): 255–259.
9. Nijs N, Toppets A, Defloor T, Bernaerts K, Milisen K., Van Den Berghe G. Incidence and risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit. *J Clin Nurs* 2009; 18(9); 1258–1266.
10. Raju D Su X, Patrician PA, Loan LA, McCarthy MS. Exploring factors associated with pressure ulcers: A data mining approach. *Int. J Nurs Stud* 2015; 52(1): 102–111.

11. Cho IS, Chung E. Predictive bayesian network model using electronic patient records for prevention of hospital-acquired pressure ulcers. *J. Korean Acad. Nurs*. 2011; 41(3): 423–431
12. Kaewprag,P, Newton C., Vermillion B, Hyun S, Huang K, Machiraju R. Predictive models for pressure ulcers from intensive care unit electronic health records using Bayesian networks. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2017; 5(17): 65.

AUTORES/AUTHORS:

Lucía Ortega Donaire, Sebastián Sanz Martos, Ana Raquel Ortega Martínez, Sergio Iglesias Parro, María José Calero García

TÍTULO/TITLE:

Calidad de vida en personas de edad avanzada con apnea obstructiva del sueño: Revisión sistemática con metaanálisis.

Pregunta de revisión/Objetivos:

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es un trastorno respiratorio que se produce cuando hay un estrechamiento de la vía aérea superior durante el sueño, pudiendo ser obstrucción total (apnea) o parcial (hipopnea) (1). Este presenta una prevalencia entre el 15% y el 20% en personas mayores de 65 años (2); a pesar de este hecho se encuentra subtratada e infradiagnosticada en este grupo de población (3). El SAOS presenta asociado una comorbilidad de diferentes enfermedades crónicas tales como diabetes mellitus tipo II, obesidad, hipertensión arterial, problemas cardiovasculares, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y/o deterioro cognitivo, que a día de hoy no se ha establecido con claridad si son causa o consecuencia de este trastorno respiratorio, causando alteraciones en su calidad de vida (1-4).

El tratamiento de primera elección para el SAOS, de forma independiente a las características de cada persona, es la presión positiva continua sobre las vías respiratorias (CPAP); aunque existe insuficiente evidencia científica que corrobore cual es el tratamiento más adecuado en personas de edad avanzada con este trastorno respiratorio (5,6).

A pesar de la importante incidencia de la enfermedad y su impacto, tanto a nivel individual como sobre el Sistema Nacional de Salud, existen pocas investigaciones en la actualidad que estudien la interrelación de estos factores en las personas de edad avanzada (1,2,7,8). Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es evaluar la calidad de vida de las personas de edad avanzada que padecen SAOS y estén en tratamiento con presión aérea positiva continua (CPAP).

Métodos:

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática en seis bases de datos nacionales e internacionales como son: Pubmed, Scopus, Cinhal, Cuiden Plus, IME y Scielo, entre los meses de enero y mayo de 2021. Se utilizó el método PICO para la elaboración de las cadenas de búsqueda, estableciendo como intervención el uso de CPAP y como comparador cualquier otra medida de tratamiento para el SAOS.

Los criterios de inclusión establecidos para formar parte de esta revisión sistemática fueron: Ser ensayos clínicos aleatorios en español o inglés, personas participantes mayores de 65 años que padecieran SAOS y evaluación de la calidad de vida con el cuestionario Quebec Sleep Questionnaire (9). El principal criterio de exclusión fue que las personas de la muestra tuviesen problemas cognitivos o funcionales.

Para la selección de los estudios incluidos, dos investigadores independientes los seleccionaron, recurriendo a un tercero cuando existió discrepancia entre ellos. Para evaluar la calidad metodológica, hemos empleado la guía CASPe, estableciendo como punto crítico de aceptación una puntuación igual o inferior a 5 puntos.

La forma de extracción de información de los estudios se ha realizado a través de una plantilla diseñada ad hoc para la revisión, en la que se incluyen: diseño de la investigación, características de la muestra, tipo de intervención y principales resultados.

Para la agregación de los datos, se ha realizado un meta-análisis a partir de los resultados individuales. Como medida de resultado hemos empleado la diferencia estandarizada de medias (DEM), mediante un modelo de efectos aleatorios y el método de DerSimonian-Laird. Para 3 de las 4 dimensiones de la escala obtuvimos un valor de significación P del estadístico Q de Cochran superior a 0.05 y un grado de inconsistencia I² superior al 25%, siendo recomendable usar un modelo de efectos aleatorios. El dominio restante (síntomas nocturnos) obtuvo un valor de inconsistencia del 86%, por lo que no se pudo realizar el meta-análisis para esta categoría.

Resultados:

Seleccionamos 4 estudios con una muestra total de 849 personas, divididos en dos grupos (uso CPAP/No uso CPAP) (1,2,8,10). Encontramos una mejora significativa a favor del grupo que usó CPAP en la puntuación en los dominios de síntomas diurnos (DEM: 0.32; $p=0.014$), emocionales (DEM: 0.35; $P<0.01$) e interacción social (DEM: 0.44; $P<0.01$) (1,2,8,10). Para el dominio de síntomas nocturnos, encontramos mejores puntuaciones en el grupo que usó CPAP, aunque solo alcanzó significancia estadística en un estudio (10).

Discusión:

Los resultados de nuestra investigación exponen que el uso del CPAP en personas de edad avanzada con SAOS muestran mejores puntuaciones en calidad de vida referida a los síntomas diurnos, emociones e interacción social, que aquellas personas de igual rango de edad con SAOS, pero sin tratamiento con CPAP. Hecho corroborado por investigaciones previas, con instrumentos de medida de calidad de vida diferentes al cuestionario Quebec Sleep Questionnaire (1,10,11).

Además de esto, el uso del CPAP reporta beneficios como la disminución de la mortalidad cardiovascular, mejora de la somnolencia, los procesos obstructivos, las desaturaciones producidas, mejoras en ansiedad, depresión, además de algunos índices neurocognitivos, así como en cifras de tensión arterial (1,10,11). En la actualidad, se desconoce si el CPAP debería ser retirado a una determinada edad, por lo que, de momento, y mientras aparecen nuevas evidencias científicas, las normativas actuales recomiendan que la edad por sí sola no sea un obstáculo para ofrecer un tratamiento diagnóstico y terapéutico parecido al que se ofrece al resto de la población (5,11).

Por otra parte, otros estudios, concluyen que personas de edad superior a 75 años presentan menor adherencia al CPAP que personas en el rango de edad de 65-75 años debido al deterioro cognitivo, dificultad en el ajuste de la máscara causada por osteoartritis, falta de apoyo familiar, y disminución de la cantidad y calidad del sueño; factores todos ellos relacionados con la edad avanzada. De acuerdo con estos autores, la prescripción del CPAP a partir de los 65 años debe ser individualizada, y controlada de cerca para abordar el cumplimiento y tolerancia (1,10).

La mayoría de las investigaciones que estudian las consecuencias del SAOS en la calidad de vida de las personas, se centran especialmente en población infantil o de mediana edad, siendo esto una de las principales limitaciones encontradas en la presente investigación. En lo que respecta a la población adulta mayor, existe falta de estudios rigurosos y controversia con los resultados obtenidos, debido en gran parte a la comorbilidad que presenta asociada este grupo de población, y a los diferentes instrumentos utilizados para medir la calidad de vida (SAQLI, WHOQOL, QSQ, EuroQoL-5D y SF-12), ya que no existe un instrumento de medida concreto para este grupo poblacional (9).

Por lo tanto, con esta investigación se pretende dar a conocer las características propias de la calidad de vida de las personas de edad avanzada con SAOS en tratamiento con CPAP, pudiendo adoptar medidas propias a la hora de satisfacer sus necesidades. Aun así, existe insuficiente evidencia científica que corrobore cual es el tratamiento adecuado en personas de edad avanzada con SAHS.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:**Referencias**

1. Dalmases M, Solé-Padullés C, Torres M, Embid C, Nuñez MD, Martínez-García MA, et al. Effect of CPAP on cognition, brain function, and structure among elderly patients with OSA: A randomized pilot study. *Chest*. 2015;148: 1214-23.
2. Martínez-García MA, Durán-Cantolla J, Monserrat JM. El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en edades avanzadas. *Arch. Bronconeumol*. 2010; 46: 479-88.
3. Crawford-Achour E, Dauphinot V, Saint Martin M, Tardy M, Gonthier R, Barthelemy JC, et al. Protective effect of long-term CPAP therapy on cognitive performance in elderly patients with severe OSA: the PROOF study. *J. Clin. Sleep. Med*. 2015; 1185: 519-24.

4. Olaithe M, Skinner TC, Hillman D, Eastwood PE, Bucks RS. Cognition and nocturnal disturbance in OSA: the importance of accounting for age and premorbid intelligence. *Sleep Breath*. 2015; 19: 221-30.
5. Consenso Nacional sobre el Síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS). Tratamiento del SAHS con presión continua positiva en la vía respiratoria superior (CPAP). *Arch Bronconeumol*. 2005; 41: 51-67.
6. Eguía VM, Cascante JA. Síndrome de apnea-hipopnea del sueño. Concepto, diagnóstico y tratamiento médico. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2007; 30(1): 53-74.
7. Ju G, Yoon IY, Lee SD, Kim TH, Choe JY, Kim KW. Effects of sleep apnea syndrome on delayed memory and executive function in elderly adults. *J. Am. Geriatr. Soc*. 2012; 60: 1099-103.
8. McMillan A, Bratton DJ, Faria R, Laskawiec-Szkonte M, Griffin S, Davies RJ, et al. A multicentre randomised controlled trial and economic evaluation of continuous positive airway pressure for the treatment of obstructive sleep apnoea syndrome in older people: PREDICT. *Lancet. Respir. Med*. 2015; 19: 1-188.
9. Herrejón A, Martínez A, Peris R, Inchaurraga I, Fernández E, Blanquer R. Traducción y adaptación al castellano del cuestionario de calidad de vida relacionado con el síndrome de apnea-hipopnea del sueño Quebec Sleep Questionnaire. *Med Clin*. 2012; 138(12):519-21.
10. Ponce S, Pastor E, Orosa B, Oscullo G, Catalán, P, Martínez A, et al. The role of CPAP treatment in elderly patients with moderate obstructive sleep apnoea: A multicentre randomised controlled trial. *Eur. Respir. J*. 2019; 54(2): 14-22.
11. Martínez-García MA, Chiner E, Hernández L, Cortes JP, Catalán P, Ponce S, et al. Obstructive sleep apnoea in the elderly: Role of continuous positive airway pressure treatment. *Eur. Respir. J*. 2015; 46(1): 142-151.

AUTORES/AUTHORS:

DANIELA CELIA MONTESDEOCA RAMÍREZ, JOSE CARMELO HENRÍQUEZ VENTURA, MARIA DEL CARMEN PACHECO LÓPEZ, CARMEN NIEVES HERNÁNDEZ FLORES, MARÍA BEATRIZ REYES DOMÍNGUEZ, PATRICIA HENRÍQUEZ SÁNCHEZ, JORGE LUIS DORESTE ALONSO

TÍTULO/TITLE:

El contexto social y familiar: un determinante de la salud física y psíquica de los pacientes con patología crónica

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de factores de riesgo social que afecta a la salud de los pacientes anticoagulados. Identificar la calidad de las relaciones familiares y laborales de estos pacientes. Conocer la prevalencia de depresión en estos pacientes. Identificar la prevalencia de soledad sentida por parte de estos pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Incluyó a 171 pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales antagonista de la vitamina K. Participaron, previo consentimiento informado, 99 hombres y 72 mujeres, con una mediana de edad de 74 años [65-82 años]. Para la recogida de datos, se diseñó un cuestionario con variables sociodemográficas y para evaluar las dimensiones relacionadas con los objetivos del estudio, se usó los Patrones Funcionales de M. Gordon con las escalas y test relacionados en cada uno de ellos. Se contó con el dictamen del comité de ética de referencia, CEIm HUGC Dr. Negrín:2019-448-1. La recogida de datos se realizó entre junio y agosto de 2020. Los pacientes eran citados en la consulta de enfermería, tras captación en la consulta de anticoagulación del centro de salud. Los resultados obtenidos, tras valorar el patrón rol-relaciones, se analizaron con el programa R, considerando el nivel de significación en $p < 0,05$.

RESULTADOS

El 15,1% de los participantes presentan factores de riesgo social con afectación a su nivel de autonomía y a su salud integral. Un 15,8% presenta una disfuncionalidad moderada y el 8,9% severa. Este aspecto está asociado de manera significativa al hecho de vivir solo o acompañado ($p=0,0001$), siendo mayor esta disfuncionalidad, en aquellos pacientes que viven solos (22,7% vs 2,3%). La soledad real está presente en el 30% de los participantes y la soledad percibida en el 48%. Un 90% de los participantes declaran que esta situación se ha incrementado en el contexto de la pandemia SARS-COV-2. El 10,8% de los participantes manifiestan tener unas relaciones familiares malas. El 90% manifiesta la limitación, impuesta por las medidas de aislamiento de la pandemia, en el tipo de relación familiar que son básicamente por teléfono. Destaca que las relaciones laborales son malas para el 23,5%, con diferencias ($p=0,02$) por sexo (8,3% en varones y 60% mujeres) y regulares para el 11,8% (8,3% hombres y 20% mujeres). El 30% presenta una clínica compatible con una probable depresión, observándose diferencias ($p=0,0005$) por sexo (20,4% hombres y 43,3% mujeres), un 6% están diagnosticados de depresión, siendo exclusivamente mujeres. El 51,2% de los pacientes que viven solos presentan una clínica relacionada con una probable depresión y un 48,8% tienen una depresión establecida. El 18,9% de los hombres y el 41,7% de las mujeres cuentan con un cuidador principal. Este rol los asume: la esposa en el 16,7%, el esposo (2,1%), la hija (56,2%), el hijo (20,8%) y la hermana (4,2%).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos están en consonancia con otros estudios que han evidenciado una mayor prevalencia de soledad, en personas mayores y con patología crónica, con asociación entre esta y su nivel de salud percibida, así como con su nivel de salud mental(1).

La salud integral, así como la capacidad funcional guarda una estrecha relación con los determinantes sociales, lo que puede estar relacionada con la falta de soporte familiar y social. Las medidas de aislamiento preventiva en el contexto de la pandemia SARS-COV-2 y la disrupción en la vida cotidiana ha tenido un impacto emocional, que ha incrementado el sentimiento de aislamiento

social y soledad (2,3).

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, ejerciendo una función protectora ante las situaciones que genera la vida cotidiana en los mayores (4,5). Los vecinos son también parte de la red de apoyo informal con la que cuenta el mayor. En las relaciones y la comunicación con su familia, amigos y coetáneos es donde el adulto puede encontrar el apoyo social tan necesario para su salud física y bienestar emocional (6).

Se evidencia que las relaciones sociales positivas pueden considerarse como un determinante en la salud de las personas en tratamiento con anticoagulantes. Diversos estudios ponen de manifiesto que la relación humana en cuanto a la proximidad emocional, así como su frecuencia y la cantidad de encuentros está correlacionada con la salud, debido al impacto emocional que implican. Aunque el tamaño de la red social y la frecuencia de los contactos disminuye con la edad, estas cobran importancia en el proceso salud-enfermedad y en esta etapa del ciclo vital (4,5). El soporte familiar y social, contribuye a mejorar la percepción de salud, dando respuesta a las actividades de la vida diaria, instrumentales y a las relacionadas con la gestión de la enfermedad (6). En la práctica clínica, observamos que no siempre todos los adultos mayores están en igualdad de condiciones para salir y relacionarse, ya sea por: problemas de movilidad asociada a discapacidad, problemas económicos, deterioro cognitivo, entre otros. Por este motivo, sería necesario diseñar proyectos que garanticen que el mayor permanezca en su entorno, pero sin condenarlo al aislamiento. Para ello es necesario potenciar una red social formal, donde se promueva el acompañamiento cuya centralidad sea el apoyo psicosocial. Tal vez sería necesario desde el centro de salud, trabajar de manera intersectorial, en el planteamiento de nuevos modelos de acompañamiento acordes a la sociedad actual en la que vivimos. Esto contribuiría a disminuir la sobrecarga del cuidador principal y/o unidad familiar, lo que se traduciría en una mayor calidad en el cuidado prestado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Roncero UM, González-Rábago Y. Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. Gac Sanit 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3rQkr4T>
- 2.- Viera-Villanueva I, Tello-García MA, Cortez-González, LC Sentimientos de aislamiento social y soledad en la cuarentena como factor negativo para el envejecimiento. Ciencia y Humanismo en la Salud 2020; 7(3):38-44
- 3.- Andreu E. Actividad física y efectos psicológicos del confinamiento por covid-19. Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2020; 2(1):209-220. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v2.1828>
- 4.- Galvis CR, Aponte LH, Pinzón ML. Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Colombia. Aquichan, 2015; 16(1): 23-34.
- 5.- Calle JB. Políticas públicas con perspectiva de familia. Academic Journal of Culture and Thought, 2017;2: 17-43.
- 6.- Hernández E, Hernández C. Adulto mayor, hijos y nietos en Cuba. Estudio de la relación entre las personas de la tercera edad y sus familias desde la percepción del adulto mayor en Cuba. 2011. Madrid: Academia Editorial.

Mesa 8: Práctica Clínica Basada en la evidencia

Session 8: Evidence-Based Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Maria Angeles Cidoncha Moreno, Lucia Garate Echenique, Laura garcía Alvarez, Inmaculada Moro Casuso

TÍTULO/TITLE:

Implementación de la guía RNAO: cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones: impa

Introducción

La terapia intravenosa es ampliamente empleada en múltiples situaciones, utilizándose localizaciones y catéteres muy variados con tiempos de permanencia diferentes y en situaciones diversas.

Prestar unos cuidados de calidad y proporcionar una asistencia adecuada incluye manejar los materiales adecuados, con los cuidados precisos para evitar complicaciones y para ello el conocimiento científico es fundamental.

Se estima que al menos el 85% de los pacientes hospitalizados en EEUU recibe terapia intravenosa (1).

Según los datos del estudio EPINE (2) de 2019 el 75,31% de los pacientes hospitalizados son portadores de un catéter vascular periférico (CVP) y el 10,95% son portadores de un catéter venoso central (CVC), encontrándose que un 1,23% sufre bacteriemia e infección asociada al catéter.

Complicaciones relacionadas con los accesos vasculares aumentan los costes hospitalarios y la duración de la estancia (3,4).

Utilizar el conocimiento basado en la mejor y más actual evidencia científica que se tenga para disminuir la variabilidad y la posibilidad de complicaciones como dolor, flebitis o infección ayudará mejorar la práctica clínica y disminuir las complicaciones relacionadas con catéteres que incrementan la morbi-mortalidad y aumentan los tiempos y costos de la hospitalización (5-7).

Objetivo

Analizar la influencia que tiene la implementación de la Guía de Buenas Prácticas de cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones en Osakidetza.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo, transversal. Se estudió el número de catéteres venosos periféricos por paciente, duración media en días de los catéteres y el % de catéteres retirados en 2 días o menos a través de la herramienta informática de análisis OAS. La extracción de datos se realizó analizando los datos por año (desde 2018 hasta el 23 de mayo de 2021) en instituciones que estaban implementando la guía comparando los resultados con las que no la estaban implementando. Se realiza un análisis descriptivo y la comparación se efectúa utilizando la prueba t de Student a través del programa IBM SPSS Statistics v23.

Resultados

El número de catéteres periféricos que tuvo cada paciente en 2018 de media fue 2,09 (DE 0,76), en 2019 2,18 (DE 0,49), en 2020 2,22 (DE 0,57) y en 2021 (hasta el 23 de mayo) 2,01 (DE 0,55). La duración media de los catéteres periféricos por paciente en 2018 fue de 3,11 días (DE 0,75) y en 2021 de 3,17 (DE 0,34). El porcentaje medio de catéteres retirados en 2 días o menos fue en 2018 de 54,47 (DE 7,41) y en 2021 de 53,54 (DE 4,62). No existen diferencias significativas al comparar las instituciones que implantan o no la GBP en las variables a estudio, sin embargo, si se observa que la media de catéteres por paciente en las instituciones que implanta la GBP es menor en todos los años que aquellas instituciones que no implantan.; lo mismo sucede en la duración media en días de los catéteres siendo menor en aquellos que implantan la guía; por último el porcentaje de catéteres con menos de 2 días es mayor en los centros que implantan la guía que en aquellos que no lo hacen.

Discusión

A lo largo de los años se mantiene la media en el número de catéteres periféricos por paciente, la duración media en días de los mismos y el porcentaje de catéteres con 2 o menos días. Las cifras medias en las instituciones que implantan la GBP tienen mejores resultados que aquellas que no lo hacen, aunque no se encuentran diferencias significativas, tal vez por el pequeño número de instituciones evaluadas o porque, aunque la implementación de la GBP se lleva a cabo en unidades específicas de estos centros, la modificación en los registros y en los protocolos se realiza independientemente de si la guía está implantada o no, permeando a toda la red de Osakidetza.

Los indicadores propios de la guía tal vez pueden ser más sensibles que las variables que se han estudiado para evaluar el impacto de la implantación en Osakidetza.

Es necesario fomentar una atención de calidad, basada en evidencias y la implementación de la GBP de acceso vascular aumenta la

atención adecuada. Es importante evaluar el impacto de las guías de buenas prácticas y establecer indicadores sensibles que pongan en valor estrategias que impactan en la salud de los pacientes. Habrá que seguir investigando en el impacto de la aplicación de las buenas prácticas en la calidad de los cuidados ofertados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Dychter SS, Gold DA, Carson D, Haller M. Intravenous therapy: a review of complications and economic considerations of peripheral access. *J Infus Nurs.* 2012;35(2):84–91.
- (2) Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud e Higiene. Estudio EPINE-EPPS nº 30: 2019. Informe España. Prevalencia de infecciones (relacionadas con la asistencia sanitaria y comunitarias) y uso de antimicrobianos en hospitales de agudos
- (3) Warren DK, Quadir WW, Hollenbeak CS, Elward AM, Cox MJ, Fraser VJ. Attributable cost of catheter-associated bloodstream infections among intensive care patients in a nonteaching hospital. *Crit Care Med* 2006; 34:2084–9.
- (4) Maki DG, Kluger DM, Crnich CJ. The risk of bloodstream infection in adults with different intravascular devices: a systematic review of 200 published prospective studies. *Mayo Clin Proc* 2006; 81:1159–71.
- (5) González-María, E.; Moreno-Casbas, M.T., Albornos-Muñoz, L., & Grinspun, D. (2020) Implantación de Guías de buenas prácticas en España a través del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. *Enferm Clin*, 30(3), 136.144
- (6) Bujalance-Hoyos, J., Arenas-González, F., González-Escobosa, A.C., Torres-Pérez, L., Viñas-Vera, C., Agudo-Guerrero, E. Implantación de Buenas Prácticas en el Cuidado y Mantenimiento de los Dispositivos de Accesos Vasculares: estrategia y primeros resultados. *Revista Enfermería Docente* 2019; Enero-Diciembre (111): 10-22
- (7) Registered Nurses' Association of Ontario. Herramienta de implantación de buenas prácticas. 2ª ed. Toronto, ON: RNAO; 2012

AUTORES/AUTHORS:

María Acero Martínez, Carmen Costache Buluc, Rita María Solís Sanchez, Ana María Garcia-Muñoz Moreno-Chocano, Begoña Hernandez Aparicio, Natalia Muñoz Orellana, Manuel Bona Sanchez, Marta Blazquez Huerta, Vanesa Ruiz Luján

TÍTULO/TITLE:

Análisis de resultados tras la implantación de la GBP "Apoyo a Adultos que Esperan o Viven con una Ostomía"

Objetivos:

Analizar y evaluar los resultados obtenidos en el proceso de implantación de la guía de buenas prácticas (GBP) "Apoyo a Adultos que Esperan o Viven con una Ostomía" de la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO) en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón durante el proceso de acreditación como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC®) en el período de 2018-20.

Métodos:

Se analizaron los indicadores propuestos por la RNAO dentro del programa BPSO® y su evolución desde la situación basal a la situación actual (2017-20). Los indicadores se obtienen de los datos introducidos en la plataforma CarEvid+ por los equipos de evaluadores BPSO®.

Se muestran los datos obtenidos y se evalúa la eficacia de las acciones adoptadas por el equipo de implantación en base a dichos datos.

Resultados:

A fecha 31/12/2020, se han mejorado de forma significativa prácticamente todos los indicadores evaluados. Se ha atendido a un total de 122 nuevas ostomías, de las cuales un 42.62% son colostomías, un 21.31% ileostomías y un 36.07% urostomías. Las mejoras más relevantes en los indicadores estudiados son:

- El número de pacientes a los que se les realiza el marcaje preoperatorio ha mejorado de un 33.33% inicial hasta un 57.50%.
- La evaluación integral y educación postoperatoria de los pacientes durante su estancia hospitalaria han mejorado de un 57.14% ambas en la situación inicial a un 76.92% y un 97.62% respectivamente.
- La adquisición de destrezas mínimas de los pacientes al alta mejoró de un 42.86% a un 97.62% en el año 2020.
- La programación de seguimiento tras el alta ha pasado de un 42.86% inicial a un 78.57% de los pacientes evaluados.
- Este aumento en el seguimiento deriva en las mejoras sustanciales de los indicadores de evaluación y educación postoperatoria en los primeros meses tras el alta (hasta 3 meses), donde se partía de un 0% y un 33.33% respectivamente, alcanzando un 89.74% de los registros.
- Respecto a las complicaciones del estoma y la piel periestomal, se partía de una situación basal favorable pero con registros no unificados, subjetivos e incompletos. En las complicaciones relacionadas con el estoma se han mejorados los registros de un 41.18% en 2018 a un 73.68%. Por otra parte, respecto a las complicaciones y estado de la piel periestomal, al año 2020 se realizan el 100% de los registros.

Discusión:

La implantación de la guía ha supuesto un gran cambio en cuanto a la forma de aplicar los cuidados al paciente ostomizado, tanto en la unidad de hospitalización quirúrgica como en la captación y seguimiento de estos pacientes durante el proceso de consultas externas. La promoción de las figuras de enfermeras estomaterapeutas referentes tanto en la unidad de hospitalización como en las consultas externas parecen haber producido un impacto directo en la mejora del seguimiento y atención de los pacientes

ostomizados. Se ha observado un incremento de la mayor parte de los indicadores de salud. El registro de complicaciones es mucho mayor, generando beneficio directo a los pacientes y mejorando el seguimiento y continuidad de cuidados al alta.

* Los participantes declaran que no existe conflicto de intereses en la publicación de esta comunicación.*

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Cuidado y manejo de la ostomía. Toronto (Canadá): RNAO; 2009.
2. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía. Toronto (Canadá): RNAO; 2019
3. González-María E, Moreno-Casbas MT, Albornos-Muñoz L, Grinspun D. The implementation of best practice guidelines in Spain through the programme of the best practice spotlight organizations®. *Enferm Clín (Engl Ed)*. 2020;30(3):136-44.
4. Folguera-Arnau M, Gutiérrez-Vilaplana JM, González-María E, Moreno-Casbas MT, 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. *Enferm Clín (Engl Ed)*. 2020;30(3):176-84.
5. Silvia María González Navarro, Ana Carmen Montesinos Gálvez, Ángeles Martínez Domínguez, Patricia Gutiérrez Robles, Antonio Israel Sánchez Pastor, Antonia Miguel González Hospital Regional Universitario de Málaga (Málaga, España). Implementación de la BPG RNAO "Cuidado y Manejo de las Ostomías" en el Hospital Regional Universitario de Málaga. Resultados provisionales. *Parainfo digital [Internet]*. 11 de noviembre de 2019;XIII (29)(104). Disponible en: <http://ciberindex.com/p/pd/e104>

Mesa 9: Protocolos de investigación

Session 9: Research protocols

AUTORES/AUTHORS:

JUANA ROBLEDO MARTÍN, Azucena Pedraz Marcos, Ana Maria Palmar Santos, Juan Zarco Colón, Milagros Ramasco Gutiérrez, Cristina Martín-Crespo Blanco, Almudena Alameda Cuesta, Blanca San Jose Montano

TÍTULO/TITLE:

Percepción de riesgo ante la epidemia de CoVid-19 en la población española

Estado de la cuestión:

La pandemia de COVID-19 representa una de las crisis más importantes de nuestra historia reciente, con un gran impacto desde el punto de vista sanitario, social y económico.

El 28 de abril el gobierno de España aprobó un plan para la transición hacia una nueva normalidad cuyo objetivo es programar la salida gradual de España de la etapa más aguda de la crisis generada por la enfermedad del COVID-19 y poner el país en marcha protegiendo la salud y la vida del conjunto de la ciudadanía. (Consejo de Ministros Madrid de 28 de abril de 2020). El plan contempla cuatro fases de desescalada que se aplicarán de manera asimétrica, en función del cumplimiento de cada provincia. El desarrollo de la desescalada supone un mantenimiento de las situaciones de distanciamiento social y restricción de actividades (Ministerio de Sanidad, 2020) (Unión Europea, 2020).

La OMS entre las 6 recomendaciones para la desescalada señala que es necesario que la sociedad esté “totalmente educada, comprometida y capacitada para ajustarse a la nueva norma”. En este escenario es fundamental la aceptación de la comunidad de las medidas implantadas para evitar retrocesos en la evolución de la pandemia y lograr la contención efectiva del COVID-19. (OMS,2020a)

La investigación social ha evidenciado que los vínculos causales entre comportamientos y riesgos no siempre son suficientes para que las personas adopten los comportamientos preventivos recomendados existiendo factores psicológicos, culturales y sociales que intervienen en el cumplimiento.

Investigaciones previas han explorado cómo las personas reaccionan ante la incertidumbre y la desconexión que acompañan a métodos como la cuarenta. Señalando entre los motivos de incumplimiento la desconfianza en el gobierno y una percepción del uso de la cuarentena como mecanismo de control social (Tulloch, O., & Ripoll, S., 2020). Crawford (2016) destaca cómo la confianza cultural y política en las instituciones puede impulsar las respuestas, mientras que los enfrentamientos pueden socavar la confianza en estas instituciones, analizando también la influencia que sobre la repuesta social tiene la fatiga conductual. Conde al explorar la percepción social de los riesgos en Salud Pública en la Comunidad de Madrid (Conde, 2007 Zarco et al., 2019) aborda como en la percepción social del riesgo (los grados de seguridad y niveles de certidumbre) se producen desajustes entre las concepciones de los profesionales sanitarios y de otros grupos culturales, polarizándose estas diferencias y desarrollándose mecanismos para justificarlas. Obviarlas dificulta la comunicación y la credibilidad de las medidas adoptadas.

En la comprensión de la epidemia, así como de las soluciones y estrategias efectivas a implantar, la utilización de la metodología cualitativa desempeña un papel fundamental permitiendo visualizar la realidad desde la visión de los propios sujetos investigados y explorar la pluralidad de experiencia y la diversidad de perspectivas necesarias para comprender completamente la pandemia de COVID-19 a medida que se desarrolla (Leach, M., Parker, M., MacGregor, H., & Wilkinson, A, 2020).

La amplia utilización de las redes sociales entre sectores de la población conlleva también la posibilidad de utilizarlas como fuente de información permitiendo recabar datos valiosos para conocer la argumentación de los usuarios ante una situación como la adopción de medidas implantadas. (Abundis, 2020)

Entre las prioridades de investigación establecidas por la OMS (OMS, 2020b) se señala:

“Desarrollar marcos de evaluación cualitativa para recopilar sistemáticamente información relacionada con las barreras locales y los facilitadores para la adopción y el cumplimiento de las medidas de salud pública para la prevención y control”.

“Identificar los impulsores subyacentes del miedo, la ansiedad y el estigma que alimentan la información errónea y rumor, particularmente a través de las redes sociales”.

Teniendo en cuenta que los comportamientos de salud de las personas no siempre se ajustan a los modelos epidemiológicos se plantea la necesidad de explorar la respuesta social y analizar los factores que están influyendo en la percepción de riesgo para

desarrollar intervenciones de salud pública específicas y conseguir la aceptación de la comunidad de las medidas implantadas para logra la contención de la pandemia.

Objetivo general:

Explorar la percepción de riesgo ante la epidemia de CoVid-19 en la población española.

Objetivos específicos:

- Describir el contenido de los tweets localizando los términos más relevantes con los hashtags relacionados con la pandemia como: "#yoMequedoencasa" "#yoNomequedoencasa" "#QuedateEncasa" "#CoronavirusEspaña" "#CoronavirusEspana" "#estadodealarma" "#CoVid19ESP" "#COVID19espana", etc.
- Comparar el contenido de los tweets con los hashtags "#yoMequedoencasa" y "#yoNomequedoencasa"
- Indagar los factores que influyen en la percepción del riesgo ante la epidemia de CoVid-19 en función de diferentes variables como el sexo, la edad, el nivel educativo, el estado de salud autopercebido, pertenencia a minoría étnica y el contexto de residencia urbano o rural.
- Identificar barreras y facilitadores para la adopción y cumplimiento de las medidas de salud pública recomendadas

Metodología:

Para abordar los objetivos planteados se ha optado por realizar una metodología mixta cuantitativa y cualitativa simultaneando el abordaje en dos contextos diferentes con técnicas específicas para cada contexto:

1. Contexto de las redes sociales (twitter):

Se realizará en primer lugar el análisis del contenido del discurso de los tweets con el objetivo de poder tener una primera aproximación semántica rápida de los términos vinculados con el confinamiento (a favor y en contra de ello). Para ello se recogerán los tweets emitidos sobre el tema en la semana previa a la recogida de datos y se analizarán los términos que se repiten con más frecuencia. Comparándose los resultados en el contexto de "quedarse en casa" y de "No quedarse en casa".

Para facilitar la divulgación rápida de los resultados, ellos se publicarán en preprint en plataformas de investigación como Researchgate.

2. Contexto individual buscando la comprensión del fenómeno por parte de los sujetos implicados.

Una vez que tengamos una visión conjunta de las opiniones expresadas en la red a favor y en contra del confinamiento, comenzaremos el abordaje a nivel del contexto del individuo para tener un conocimiento en mayor profundidad sobre los factores que influyen en la percepción del riesgo vistos desde la visión de los propios sujetos investigados y analizar la influencia que ello tiene en el comportamiento. Para ello desarrollaremos una metodología cualitativa utilizando, considerando su idoneidad para abordar la respuesta social ante la crisis actual (Teti et al., 2020). Como técnicas utilizaremos el grupo de discusión y las entrevistas en profundidad, cuando la factibilidad y la idoneidad así lo requieran. En función del avance de la epidemia y de las posibilidades de reunión, la celebración de los grupos se realizará presencialmente o a través de videoconferencia, utilizando la tecnología disponible para ello (Skype, zoom, WhatsApp u otra similar). En el caso de las entrevistas en profundidad, se procederá del mismo modo, si bien se podrán realizar también entrevistas telefónicas.

Se elaborará un guion inicial de los grupos de discusión y de las entrevistas en función del análisis de los tweets, pero este será dinámico, incorporándose modificaciones en función de la evolución de la pandemia, de las medidas de confinamiento adoptadas paulatinamente por las autoridades y del análisis del discurso

En este tipo de diseño no se busca una representatividad muestral sino la selección de informantes claves, considerando estos como aquellas personas que por sus vivencias facilitan al investigador la información necesaria para comprender el significado y las actuaciones que se desarrollan en un determinado contexto. Es por ello por lo que se realizará un muestreo intencional utilizando la técnica de la bola de nieve, buscando una heterogeneidad en la muestra en función de las variables sociodemográficas identificadas en estudios anteriores sobre epidemias (Ibuka et al., 2010; Xu y Peng, 2015): sexo, la edad, el nivel educativo, el estado de salud autopercebido, pertenencia a minoría étnica, el contexto de residencia urbano o rural.

Una vez realizados los grupos de discusión y las entrevistas estos serán transcritos y se analizará el discurso buscando establecer categorías y subcategorías de análisis. Cada grupo y entrevista será identificada por un código alfanumérico que será custodiado junto con las grabaciones y las transcripciones por el IP.

Se estima un número de 10 grupos de discusión y 20 entrevistas aunque ello estará determinado por la saturación del discurso, en todos los estratos seleccionados.

Se divulgarán en plataformas de investigación los resultados preliminares del análisis, incidiendo en la transferencia de los resultados en las campañas a desarrollar

El ámbito de estudio:

- Se ha considerado a nivel nacional para la selección de tweets.
- Los grupos de discusión y las entrevistas se centrarán en Madrid y Castilla y León (al ser las Comunidades con la incidencia acumulada (14d) más elevada actualmente y a la búsqueda de una variabilidad de contextos urbanos y rurales)

Etapas proyecto:

- 1 Preparación y análisis del contenido de los tweets 01-07-2020 31-07-2020
- 2 Redacción del informe del contenido de los tweets y divulgación preprint del manuscrito 01-09-2020 30-09-2020
- 3 Elaboración Guion de la entrevistas en profundidad 01-10-2020 10-10-2020
- 4 Contacto de personas a entrevistar y realización de las entrevistas 11-10-2020 15-12-2020
- 5 Análisis preliminar de entrevistas 15-10-2020 15-01-2021
- 6 Resultados preliminares y devolución a participantes 15-01-2021 15-02-2021
- 7 Divulgación resultados: redes sociales, revistas científicas y congresos 16-02-2021 15-04-2021

Implicaciones para la práctica:

El desarrollo de la investigación permitirá tener una visión de la percepción del riesgo ante la epidemia, así como indagar en la comprensión de los factores que influyen en ello y en la influencia que ello tiene en la adopción de las medidas de prevención recomendadas. Su conocimiento ayudará a desarrollar intervenciones efectivas.

Se ha buscado una dimensión del proyecto que permita tener resultados a corto plazo buscando que los resultados puedan utilizarse para mejorar la efectividad de las medidas individuales y poblacionales que se implanten según el desarrollo de la epidemia

Consideraciones éticas:

El proyecto de investigación será sometido a la consideración del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid. Los datos obtenidos durante la investigación serán tratados conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. El análisis del contenido de los tweets se realiza de forma grupal sin que sea posible la identificación individual de los sujetos. Los participantes en las entrevistas y Grupos de discusión, se les informará del estudio y de los objetivos y deberán dar su consentimiento para participar en la investigación, así mismo podrán

abandonarla en cualquier momento. Se asegurará el anonimato y se recogerán en exclusiva aquellos datos personales necesarios para la caracterización de la muestra.   

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

Abundis F. Redes sociales en época de pandemia. CE Noticias Financieras. 2020.

Consejo de Ministros Madrid de 28 de abril de 2020. Acuerdo por el que se aprueba el Plan para la desescalada de las medidas extraordinarias adoptadas para hacer frente a la pandemia de COVID-19.

Conde F. La percepción social de los riesgos en Salud Pública en la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública. Madrid: Dirección General de Sanidad; 2007.

Crawford, R., Rutz, D.C. y Evans, D.P. (2016). 'Between Combat boots and Birkenstocks'—Lessons from HIV/AIDS, SARS, H1N1 and Ebola. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350616302499>. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.09.018>.

Ibuka, Y., Chapman, G.B., Meyers, L.A., Li, M. y Galvani, A.P. (2010). The dynamics of risk perceptions and precautionary behavior in response to 2009 (H1N1) pandemic influenza. *BMC Infectious Diseases*, 10(1): 296.

Leach, M., Parker, M., MacGregor, H., & Wilkinson, A (2020). COVID-19—A social phenomenon requiring diverse expertise: 3.

Ministerio de Sanidad (2020). Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad. Gobierno de España.

OMS (2020a). Covid-19 strategy update. Ginebra-Suiza: .

OMS (2020b). COVID 19Public Health Emergency ofInternational Concern (PHEIC) Global research and innovation forum:towards a research roadmap. OMS.

Teti, M., Schatz, E. y Liebenberg, L. (2020). Methods in the Time of COVID-19: The Vital Role of Qualitative Inquiries. *International Journal of Qualitative Method*, 19: 1-5.

Tulloch, O., & Ripoll, S. (2020). Key considerations: quarantine in the context of COVID-19 (February 2020). *Social Science in Humanitarian Action*.

Unión Europea (2020). Hoja de ruta común europea para el levantamiento de las medidas de contención de la COVID-19.

Xu, J. y Peng, Z. (2015). People at risk of influenza pandemics: The evolution of perception and behavior. *PloS One*, 10(12): e0144868.

Zarco, J., Ramasco, M., Pedraz, A. y Palmar, A. (2019). Investigación cualitativa en salud. Centro de Investigaciones Sociológicas.

AUTORES/AUTHORS:

Milagros Rico Blazquez, MARÍA SOLÉ AGUST, PEDRO RUYMÁN BRITO BRITO, VÍCTOR GONZÁLEZ CHORDÁ, JOAN BLANCO BLANCO, PEDRO OTONES, AITZIBER ETXEBARRIA ETXEBARRIA, ROSA NOEL BOIX, Por el grupo del proyecto CUIDAMOS +75

TÍTULO/TITLE:

Impacto de la pandemia SARS-CoV-2 en los cuidados y estado de salud de personas ≥ 75 años y sus cuidadores (CUIDAMO

Objetivos

General

Estudiar el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en el estado de salud de las personas de 75 años o más.

Específicos

- Analizar la evolución de la prevalencia de necesidades de cuidados de esta población registradas en historia clínica de atención primaria durante 2018-2023.
- Analizar la evolución de la prestación de cuidados y la utilización de servicios de salud de esta población registrados en historia clínica de atención primaria durante 2018-2023.
- Describir la distribución geográfica de las necesidades de cuidado poblacionales e intervenciones realizadas para su cobertura.
- Analizar el impacto de la pandemia en esta población en términos de mortalidad, capacidad funcional, cognitiva y resultados auto-reportados por los pacientes.
- Comprender e interpretar las dimensiones sociales, políticas y económicas ligadas al uso de los servicios de salud por personas de 75 años o más y cuidadores familiares durante la pandemia y pensar en posibles superaciones.

Métodos

Diseño/ámbito

Estudio multicéntrico con métodos mixtos, en Atención Primaria de 11 comunidades autónomas españolas con 3 abordajes metodológicos: un estudio de cohorte poblacional, un estudio de cohortes prospectivas y un estudio cualitativo de abordaje crítico social.

Población:

Personas ≥ 75 años adscritas a los centros de salud del ámbito de estudio. Se estima una población total de 1.619.620 usuarios.

1. Estudio longitudinal de una cohorte poblacional, multipropósito, ambispectiva, con datos de vida real y 6 años de seguimiento.

Población: Personas ≥ 75 años en enero de 2018, adscritas a los centros del Sistema Nacional de Salud de las demarcaciones territoriales participantes en el estudio. Han de tener al menos un apunte en historia clínica electrónica durante 2018.

Fuente: historia clínica electrónica de atención primaria.

Variables: sociodemográficas, clínicas, situación funcional, cognitiva, mental, fragilidad y apoyo social, patrones funcionales, diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras y uso de servicios.

Recogida de datos: se elaborará un protocolo de variables normalizadas y se explotará la información de la historia clínica.

Análisis: se describirá la población, necesidades de cuidados e intervenciones enfermeras con IC95%. Se describirá el uso de servicios con tasa de uso por 1000 personas/año. Se calcularán tasas de incidencia para nuevos diagnósticos e intervenciones por cada 1000 personas/año con IC95% para cada año de seguimiento. La evolución de diagnósticos e intervenciones se estudiará con análisis de series temporales.

Limitaciones: el uso de la historia clínica como fuente de datos puede producir un sesgo de información, aunque algunas de estas

bases de datos han sido validadas en estudios epidemiológicos. La extensa participación de territorios del Sistema Nacional de Salud permite la representatividad peninsular e insular y el volumen de datos favorece la generabilidad de los resultados.

2. Estudio observacional prospectivo de cohortes de 18 meses de seguimiento.

Ámbito: centros de salud del ámbito de estudio y consultas externas de geriatría y de Evaluación integral ambulatoria para trastornos cognitivos y de la conducta del hospital del perpetuo Socorro de Albacete.

Población: personas de ≥ 75 años, adscritas a los cupos de las 105 enfermeras participantes, con al menos un apunte en los últimos 6 meses de 2019 en historia clínica y que otorguen consentimiento informado.

Muestra: se ha estimado para comparar 2 curvas, asumiendo un modelo de riesgos proporcionales para los tiempos de supervivencia y utilizando el cambio en la funcionalidad a los 18 meses (< 5 puntos) como resultado clínico relevante. Para una razón 2 a 1 entre no expuestos y expuestos, un nivel de confianza del 95%, una potencia del 80% y unas pérdidas en el seguimiento del 20%, se estiman 1035 sujetos (690 en grupo no expuestos y 345 en expuestos).

Se seleccionarán por muestreo aleatorio estratificado (edad y sexo).

La variable de exposición es la infección por SARS-CoV-2 confirmada con diagnóstico posterior al 11 de mayo de 2020.

Variables resultado: cambio en funcionalidad (Barthel), calidad de vida (EQ-5D) y mortalidad.

Como variables secundarias se recogerá la salud mental (Hamilton), capacidad cognitiva (Mini Mental Status Examination) y fragilidad (Frail). Además se recogerán variables sociodemográficas, clínicas, relacionadas con la infección y contextuales de la pandemia.

En la cohorte de expuestos se recogerá tiempo desde infección e ingreso y en la cohorte de no expuestos infección diagnosticada durante el seguimiento.

Recogida de datos y seguimiento: las enfermeras recogerán la información en un cuaderno de recogida de datos electrónico. El tiempo de seguimiento de cada sujeto será de 18 meses o hasta pérdida o fallecimiento. Las variables se recogerán en 4 momentos. El seguimiento podrá ser en consulta, domicilio o telefónico.

Análisis: se describirán características de la población con IC95%. Se compararán las características basales al momento de inclusión entre ambos grupos. Se realizarán curvas de supervivencia de Kaplan-Meier para las 3 variables principales, que serán comparadas con el test log-rank. Para estudiar el impacto de la infección sobre las 3 variables a los 6, 12 y 18 meses y ajustar por características sociodemográficas y clínicas de interés, se utilizarán modelos de Cox.

Limitaciones: propias de los estudios observacionales. El desarrollo del estudio en el ámbito de la atención primaria y la captación y seguimiento por parte de las enfermeras en sus propios cupos de pacientes, minimizan las pérdidas de seguimiento. Podría existir un sesgo de supervivencia que infraestime el efecto de la enfermedad. La gravedad del proceso y el tiempo desde la infección se contemplan ya que podrían influir en el desenlace. Para evitar el sesgo de selección sólo se incluyen en cohorte expuesta aquellos pacientes con diagnóstico posterior al 11 de mayo de 2020, punto temporal en el que el diagnóstico en España exige una prueba confirmatoria con test.

3. Estudio cualitativo con abordaje crítico social

Participantes: personas ≥ 75 años adscritas a los cupos de las enfermeras participantes y cuidadores familiares de personas dependientes incluidas en la cohorte poblacional. Se excluirán los cuidadores que lleven menos de 6 meses cuidando al inicio de la pandemia, con déficits sensoriales o cognitivos. La participación será voluntaria e informada.

La selección de la muestra intencional, conforme al objetivo. Avanzará hacia un muestreo teórico en función del desarrollo emergente.

Acceso a los participantes: las enfermeras ofertarán participación a las personas susceptibles de formar parte de la investigación utilizando un perfil prefijado y terminará una vez se haya alcanzado la saturación del discurso y todas las tipologías muestrales de

interés. El tamaño de la muestra se estima en torno a 40 entrevistas a personas de ≥ 75 años en total y un grupo de discusión en cada comunidad autónoma con 6 - 10 cuidadores por grupo.

Recogida de datos: entrevistas semiestructuradas para ≥ 75 años y grupos de discusión para cuidadores. Para los grupos se utilizará como criterio de homogeneidad ser cuidador conviviente o no conviviente y como criterios de heterogeneidad la edad, el sexo y los años cuidando. Las entrevistas y grupos se orientarán en torno a un guion predefinido. Se estima una hora de duración para las entrevistas y dos horas para los grupos de discusión. Ambas técnicas se realizarán en lugar accesible y serán audio-grabadas y transcritas.

Análisis: temático, que será complementado a nivel textual por un análisis semiótico de posiciones discursivas. De acuerdo con el carácter crítico, se analizará el discurso como reflejo de posiciones ideológicas de desigualdad y dominación.

Limitaciones: la investigación cualitativa en población mayor y cuidadores compromete la participación y recogida de datos. Podría ser necesario más tiempo para vencer reticencias y ganar en calidad narrativa (entrevistas de mayor duración) y considerar la disponibilidad de tiempo en el caso de los cuidadores para incorporarse a los grupos de discusión. En el protocolo se han tenido en cuenta estas consideraciones y se han propuesto espacios temporales suficientes para el proceso de selección de participantes y recogida de datos.

Resultados

Se trata de un protocolo de estudio que aún no ha comenzado, por lo que no hay resultados disponibles.

Discusión (implicaciones para la práctica clínica)

Conocer los factores que, a consecuencia de la pandemia, han influido sobre la capacidad mental, física y cognitiva de las personas mayores e identificar los aspectos más vulnerables de la salud y necesidades de cuidados de este grupo poblacional, permitirá reorientar los servicios de salud y ofrecer a corto plazo, una mejor cobertura profesional desde Atención Primaria, más flexible y ágil a impactos como el que ha producido la pandemia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Esta propuesta multicéntrica, con 3 proyectos ha sido presentada a la Convocatoria de la Acción Estratégica en Salud (AES 2021) del Programa Estatal de Investigación Orientada a los Retos de la Sociedad, en el marco del Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2017-2020.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Bravo Navarro, Claudia Figueroa Moreno, Francesc Rubí Carnacea

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de la terapia de conciencia corporal en pacientes diagnosticados del síndrome del intestino irritable

El síndrome del intestino irritable (SII) está englobado dentro de los trastornos funcionales intestinales, como también la diarrea funcional, el estreñimiento funcional y la distensión abdominal funcional[1]. El curso clínico de la SII se caracteriza por la presencia alterna de periodos asintomáticos con sintomáticos. Sus síntomas son dolor o distensión abdominal, asociado a alteraciones del ritmo de deposiciones, sea estreñimiento, diarrea o ambos[2]. Su etiopatogenia no es clara, aunque los factores más descritos son la permeabilidad intestinal, la motilidad intestinal anormal, la hipersensibilidad visceral, alteraciones en la microbiota intestinal, la malabsorción de algunos nutrientes, la disfunción motriz, la alteración de la función de la barrera intestinal, la susceptibilidad genética, los procesos fisiopatológicos previos, la alteración de la concentración de sales biliares y por último los factores psicológicos asociados como por ejemplo el estrés y alteraciones de la imagen corporal[3,4]. Para el tratamiento del SII se propone un abordaje fisioterapéutico de salud mental para ayudar a disminuir las tensiones patológicas de estos trastornos es mediante la terapia de conciencia del movimiento, conocido por Basic Body Awareness Therapy. El objetivo de esta terapia es mejorar la capacidad del paciente para reconocer el estado de conciencia de sus tensiones y poder normalizar el estado muscular del cuerpo, que se centra en aspectos tanto físicos como psicológicos. La efectividad de esta terapia se ha estudiado en pacientes con trastornos de conducta alimentaria[5], pacientes con fibromialgia[6], con dolor crónico[7], diagnosticados de esquizofrenia[8], también en pacientes diagnósticos del síndrome del intestino irritable[9].

Objetivo:

Evaluar la efectividad de Basic Body Awareness Therapy (BBAT) o terapia de conciencia corporal basal en la mejora de la sintomatología en pacientes diagnosticados del síndrome intestino irritable en comparación con el grupo control durante doce semanas y a los 6 meses.

Método:

Diseño: Ensayo clínico controlado aleatorizado con evaluador ciego.

Ámbito: Se plantea una intervención fisioterapéutica basada en la conciencia corporal para la mejora de la sintomatología asociada al síndrome intestino irritable. Este síndrome se ha clasificado como un desorden psicossomático asociado a alteraciones de la imagen corporal y tensiones musculares. El cuerpo reacciona como mecanismo de defensa con un bloqueo muscular, dando lugar a una restricción de movimiento y dolor. Actualmente no existe un tratamiento efectivo para la cura del SII y todos los tratamientos están enfocados a paliar los síntomas. Es por ello que se plantea una intervención dirigida específicamente a aliviar estas tensiones y a mejorar la conciencia corporal de estos pacientes.

Sujetos de estudio: los criterios de inclusión son: a) pacientes diagnosticados del SII, entre 18-65 años, que puedan entender y comunicarse mediante el catalán o el castellano y que se puedan colocar en las posiciones necesarias. Se excluirán las mujeres embarazadas, pacientes que no tengan capacidad de recibir instrucciones y aquellos que hayan tenido un cambio de hábitos respecto al ejercicio físico. El tamaño muestral se calcula en base a la comparación de dos proporciones y será de 45 participantes por grupo, asumiendo un riesgo alfa de 0.05 y beta de 0.20 con un contraste bilateral y una previsión de abandono del 15%.

Variables de estudio: Las variables dependientes son: el dolor (Escala EVA)[10], calidad de vida en pacientes con SI a través del Cuestionario Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire (IBSQOL)[11], gravedad de la sintomatología del SII a través del

Cuestionario Irritable Bowel Syndrome- Severity Score (IBS-SS)[12], ansiedad percibida a través del State-Trait Anxiety Inventory A/R (STAI A/R)[13], estrés percibido a través del Perceived Stress Questionnaire (PSQ)[14], la calidad de movimiento a través del Body Awareness Rating Scale –Movement Quality and Experience (BARS-MQE)[15] y el número de fármacos (pregunta autoinformada al paciente)

Intervención: La terapia se aplicará 2 veces por semana siendo las primeras 4 sesiones individuales de 1 hora aproximadamente. Al cabo de estas cuatro semanas se continuará con el tratamiento grupal online de 1 hora y 15 min aproximadamente. Se finalizará el tratamiento con otras 8 semanas de tratamiento grupal. El tratamiento constaría de una serie de movimientos de conciencia corporal que se basan en mejorar el equilibrio y la coordinación, así como la salud mental del paciente a través de mejorar su percepción mental de su cuerpo a través de ejercicios tales como balanceos, saltos leves, flexión/extensión de rodillas, peso sobre una pierna y otra, puntillas, coordinación de flexión y extensión de rodillas con puntillas, rotaciones de tronco, etc. La finalidad última de estos movimientos es que el paciente tome conciencia y mejore el movimiento, equilibrio y postura de su cuerpo, en contacto permanente con su área mental a través de la verbalización del ejercicio, descripción de las experiencias durante el movimiento y reflexión crítica de la evolución de la intervención por parte del paciente.

Recogida y análisis previsto: la muestra será reclutada a través del Consorci Sanitari de l'Anoia por un fisioterapeuta investigador con la ayuda del personal del centro. El análisis estadístico constará de un análisis descriptivo y un análisis estadístico inferencial: intragrupal e intergrupar, utilizando para ello un ANOVA de medidas repetidas y ANOVA entre sujetos de las diferentes variables de estudio.

Etapas del proyecto:

El proyecto se divide en 3 fases:

- Fase 1: consiste en la selección de los sujetos que participarán en el estudio, la recogida de datos, la firma del documento del consentimiento informado y las evaluaciones iniciales de To. Está previsto que dure dos meses, de septiembre de 2021 en noviembre de 2021, esta fase toma por nombre; obtención de la muestra.
- Fase 2: consiste en la fase de intervención. Este periodo durará tres meses, de noviembre 2021 a febrero de 2022, en total doce semanas de intervención. Los sujetos del grupo de intervención realizarán sesiones grupales e individuales de fisioterapia durante 3 meses, dos sesiones por semana: una sesión grupal y una sesión individual, de 45 minutos cada una. El grupo control únicamente recibirá el plan nutricional con las mismas características descritas anteriormente. Se recogerán los datos al finalizar la intervención T1 y se analizarán estadísticamente.
- Fase 3: Recogida de variables a los 6 meses. En septiembre del 2022 se citarán los sujetos del estudio para contestar los cuestionarios y hacer la recogida de datos T2 con el objetivo de ver los efectos a largo plazo. La finalización del estudio y las conclusiones finales se obtendrán a mediados de octubre de 2022.

Consideraciones éticas:

El estudio sigue la Declaración de Helsinki y las "Guías Clínicas de la buena práctica" (CPMP/ICH/135/95). También será registrado en ClinicalTrials.gov. De acuerdo con la Declaración de Helsinki los participantes firmarán un consentimiento informado que será explicado verbalmente y por escrito, dicho informe estará autorizado por el comité ético del Hospital Arnau de Vilanova.

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos se hará conforme a lo dispuesto por el Real Decreto de protección de datos de carácter personal y por su reglamento (RD 3/2018) del 5 de diciembre. En todo momento, el participante podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos. Los datos llevarán un código que no permite identificarlos directamente. La relación entre los códigos y su

identidad será custodiada por el investigador del hospital. Sólo el investigador principal, los monitores del estudio del hospital y las autoridades sanitarias, que tienen deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio

Discusión

Como todos los estudios científicos pueden presentarse situaciones que pongan en entredicho los resultados obtenidos. En este supuesto una limitación inherente del proyecto es el cegamiento; dado que la intervención de control es un asesoramiento dietético y la intervención de interés es de fisioterapia de características participativas por parte del paciente es difícil cegar a los participantes; no obstante, se cegará a los investigadores. Esta limitación es inherente a todas las intervenciones en fisioterapia ya que el paciente conoce el tratamiento que se le administra y muchas veces requiere de su participación de manera activa. Otra limitación podría ser debida a la pérdida de colaboración de los participantes que se vería paliada con el seguimiento cercano por parte de los investigadores a través del análisis de las variables. De todos modos se recogerán todos los motivos de abandono para paliarlos en lo posible en futuras investigaciones.

Implicaciones para la práctica

Esta intervención podría ser añadida a las guías clínicas como un tratamiento efectivo para ser tenida en cuenta como opción terapéutica no farmacológica en pacientes con síndrome del intestino irritable. La terapia de conciencia corporal basal y la fisioterapia en salud mental podría añadirse dentro de los protocolos de actuación en este síndrome y en otros trastornos psicósomáticos en los centros de atención primaria de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Abdo-Francis JM 2011. Trastornos funcionales digestivos | Revista Médica del Hospital General de México. Rev medica del hospital general-325
- [2] Mearin F, et al. Importancia de la dieta en el síndrome del intestino irritable. Gastroenterología y Hepatología 2014;37
- [3] Drossman DA, Hasler WL. Rome IV—Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. Gastroenterology 2016;150
- [4] Eriksson EM, et al. Irritable bowel syndrome subtypes differ in body awareness, psychological symptoms and biochemical stress markers. World Journal of Gastroenterology 2008;14
- [5] Catalan-matamoros D, et al. A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. Clin Rehab 2011;25
- [6] Bravo C, et al. Basic Body Awareness Therapy in patients suffering from fibromyalgia: A randomized clinical trial. Physiotherapy Theory and Practice 2019;35
- [7] Mattsson M, et al. Physiotherapy as Empowerment - Treating Women with Chronic Pelvic Pain. Advances in Physiotherapy 2000;2
- [8] Hedlund L, Gyllensten AL. The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. Journal of Bodywork and Movement Therapies 2010;14
- [9] Eriksson EM, et al. Body awareness therapy: A new strategy for relief of symptoms in irritable bowel syndrome patients. World Journal of Gastroenterology 2007;13
- [10] Vicente Herrero MT, et al. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor 2018;25
- [11] Hahn BA, et al. Evaluation of a new quality of life questionnaire for patients with irritable bowel syndrome. Alimentary

Pharmacology & Therapeutics 1997;11

[12] Almansa C, et al. Traducción, adaptación cultural y validación al español del cuestionario de gravedad del síndrome de intestino irritable. Revista Española de Enfermedades Digestivas 2011;103:

[13] Guillén-Riquelme A, et al. Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Rev Esp Salud Pública 2014;88

[14] Sanz-Carrillo C, et al. Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. Journal of Psychosomatic Research 2002;52

[15] Skjaerven LH, et al. Reliability and validity of the Body Awareness Rating Scale (BARS), an observational assessment tool of movement quality. European Journal of Physiotherapy 2015

AUTORES/AUTHORS:

José Ángel Rubiño Díaz, Pilar Andreu Rodrigo, Juan Manuel Gavala Arjona, Sergio Jiménez Piña, María Antonia Palou Oliver, Mónica Maqueda Palau

TÍTULO/TITLE:

Percepción de los profesionales de enfermería hacia la investigación en el Hospital Universitario Son Espases

Objetivo principal: Valorar los conocimientos, actitudes y motivaciones de los profesionales de enfermería en el Hospital Universitario Son Espases (HUSE) y Evaluar la actividad de la Unidad de Investigación de Enfermería (UINE) y su impacto en los profesionales de enfermería hacia la investigación

Metodología: Diseño cuasi-experimental de grupos no equivalentes. Participarán una muestra estimada de 118 enfermeros/as del HUSE que cumplan unos criterios de selección. Los participantes contestarán a un cuestionario validado sobre conocimientos y motivaciones hacia la investigación enfermera. Se llevará a cabo mediante enlace google forms que se les enviará al correo corporativo. Las respuestas serán registradas automáticamente. Los datos recogidos serán analizados para obtener los resultados, presentar en congresos y elaborar posibles publicaciones.

Resultados principales: se pretende que los resultados confirmen la hipótesis planteada y por tanto, se cumplan los objetivos planteados.

Conclusión principal: Los/as enfermeros/as del HUSE adquirirán mayor conciencia, conocimientos y actitudes hacia la investigación enfermera. Esto provocará un cambio que fomentará que la práctica asistencial de los cuidados se fundamente en la evidencia científica la cual permita aproximarse a la excelencia de los cuidados.

Palabras clave: cambio, cuidados, enfermera, investigación, hospital

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- AlMadani, N., Alkhalaf, M., AlZawad, F., & Alharbi, N. (2019). Exploring the Perception of Nursing Research Held by Hospital Leaders. *American Journal of Nursing*, 7(5), 811-816.
- Cepeda, J. M., San Román, M. J., Vaca, V., Álvarez, C., Millán, B., & Pascual, S. M. (2009). Validación de un cuestionario sobre la motivación hacia la investigación en enfermería. *Revista Enfermería C y L*, 1(2), 30-9.
- Cepeda, J.M., San Román, M.J., Álvarez, C., & Millán, B. (2010). Actitud y motivación de la Enfermería de Castilla y León hacia la investigación. *Revista Enfermería C y L*, 2(2), 19-28.
- Franks-Meeks, S. (2020). Participation in nursing research: We can do better. *Nursing2020*, 50(1), 1-3.
- Nkrumah, I., Atuhaire, C., Priebe, G., & Cumber, S. N. (2018). Barriers for nurses' participation in and utilisation of clinical research in three hospitals within the Kumasi Metropolis, Ghana. *The Pan African Medical Journal*, 30.
- Ortuño-Soriano, I., Posada-Moreno, P., & Fernández-del-Palacio, E. (2013). Actitud y motivación frente a la investigación en un nuevo marco de oportunidad para los profesionales de enfermería. *Index de Enfermería*, 22(3), 132-136.

AUTORES/AUTHORS:

Adelaida Lozano Polo, Pedro Siimón Cayuela Fuentes, Josep Sánchez Monfort, José Luis Merino Castillo, Ana Fátima Navarro Oliver, María Jos Mínguez Martínez, Laura Carrillo López, Antonio Gris Peñas

TÍTULO/TITLE:

EFFECTIVIDAD DE INTERVENCIONES DE EDUCACIÓN GRUPAL PARA DEJAR DE FUMAR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA, CON APOYO DE APP: 2ª FASE

JUSTIFICACIÓN

El consumo de tabaco es una enfermedad adictiva, crónica y recurrente relacionada con más de 30 enfermedades y un gran número de muertes por cáncer de pulmón, EPOC y enfermedad cardiovascular. En España provoca 56.000 muertes anuales, más de 600 en la Región de Murcia (RM) según un Estudio de la Universidad Politécnica de Cartagena. En 2015 ocupó el primer puesto como factor originario de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad. Es el principal problema de salud pública como primera causa de morbimortalidad evitable. Según la Encuesta Europea de Salud en España (2020), en la RM fuma un 23,6% de la población, (media nacional: 19,8%). Tanto en hombres (28,9%) como en mujeres (18,4%) la prevalencia es superior a la media nacional (23,2% y 16,4% respectivamente). El porcentaje de personas exfumadoras (23,2%) es menor que la media española (22%).

Entre las estrategias eficaces para ayudar a una persona a dejar de fumar se encuentra el consejo sanitario, la intervención intensiva (individual o grupal), la intervención especializada (individual o grupal), las intervenciones comunitarias y las basadas en las nuevas tecnologías (mensajería, aplicaciones informáticas: APP,...). Aunque diversos estudios plantean que la educación para la salud (EpS) individual y grupal es igual de eficaz, ésta última aporta mayores beneficios en relación con la eficiencia (menos coste con mismo resultado) y la eficacia (mejores resultados) en grupos como las embarazadas y jóvenes. Sin embargo, no hay acuerdo sobre cuál es el programa más eficaz, proponiendo desde cuatro a diez sesiones. Por otro lado, nuevos estudios reflejan la efectividad de intervenciones basadas en las nuevas tecnologías, no habiéndose estudiado la eficacia de ambas conjuntamente. Además, la EpS ha demostrado ser una herramienta eficaz para proporcionar cuidados de enfermería y, especialmente, en las poblaciones más vulnerables.

La Atención Primaria de Salud (APS), por su accesibilidad y su enfoque continuo y permanente de las personas, es el marco idóneo para abordar el tabaquismo. A nivel normativo la Ley 42/2010 que modifica la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, incluye la APS como principal impulsor de ayuda a la cesación tabáquica, mientras que la cartera de servicio de APS también incluye el servicio "Ayuda al consumidor de tabaco". A nivel regional recientemente se ha impulsado la Red de APS Libre de Tabaco.

Para dar respuesta a esta necesidad, basándose en evidencias, SEAPREMUR puso en marcha en 2017 este proyecto de investigación, financiado por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias en convocatoria de ayudas para proyectos de investigación en cuidados de enfermería de 2017 (FFIS/CE/01/26) y aprobado por los Comités de Ética de Investigación Clínica de las distintas Áreas de Salud en las que se iba a desarrollar. Además, contó con el apoyo del Servicio Murciano de Salud y la Consejería de Salud de la RM.

OBJETIVOS

Comparar la efectividad de un programa grupal para dejar de fumar en cuatro sesiones frente a uno de sesión única, ambos con apoyo de APP.

Identificar si existen diferencias en la efectividad del programa de cesación según las diferentes variables a estudio referentes a los profesionales y a las características de los usuarios/as.

DISEÑO Y MÉTODOS

Ensayo clínico controlado aleatorizado multicéntrico, a realizar en Centros de Salud (CS) de las Áreas de Salud de la RM. Se

organizarán dos grupos: grupo de intervención educativa grupal de una sesión única (Taller) y grupo de intervención educativa grupal de cuatro sesiones programadas (Curso). En segunda fase, estudio cualitativo exploratorio de las vivencias y experiencias de los participantes basado en entrevistas en profundidad.

Población destinataria:

Personas usuarias de los CS colaboradores de 18 años o más, que sean fumadoras diarias (más de 1 cigarrillo/día) desde hace más de un año.

Criterios de inclusión:

Haberse planteado dejar de fumar en el próximo mes (Fase de preparación, según el modelo transteórico de cambio de Prochaska y Diclemente). Hablar y entender el castellano. Acceder voluntariamente a participar en el proyecto (firma del consentimiento informado). Disponer de dispositivo móvil con conexión a internet.

Criterios de exclusión:

Estar participando en otro programa de ayuda para dejar de fumar. Haber participado en un intento de cesación tabáquica en el CS en el último año. Personas que cumplan criterios de derivación a unidades especializadas en tabaquismo: trastorno psicótico agudo que imposibilite la comprensión y participación en la intervención educativa; personas con otras adicciones (excluyendo el cannabis); embarazadas; y/o adolescentes.

Captación de la población:

Los CS colaboradores ofrecerán la participación de forma activa a las personas que cumplan los criterios de inclusión, a través de la consulta programada y demanda de medicina y enfermería, principalmente tras la realización del consejo sanitario oportunista, que habitualmente se ofrece a las personas fumadoras. Una vez haya cumplimentado el consentimiento informado, se elaborará un listado con los datos de las personas que acepten participar (nombre y apellidos, nº de historia clínica y teléfono móvil).

En base a la bibliografía existente, a los recursos materiales/humanos disponibles y la dinámica previa en la formación de grupos educativos en APS, el tamaño muestral se ha calculado para garantizar la viabilidad del proyecto y poder realizar inferencia de los resultados a la población estudio. Para ello, con unas proporciones esperadas de éxito entorno al 11% y 41% para cada grupo de intervención (Taller y Curso, respectivamente), con un nivel de significación de 0,05 y una potencia del 85%, el tamaño de muestra necesario es de 52 individuos para cada grupo de intervención. Una vez captada la población total (104), un investigador distinto al que realice las sesiones grupales y la captación, asignará las personas participantes a cada grupo de intervención mediante una técnica de muestreo aleatorio estratificado proporcionado según sexo, a través de una tabla o un generador de números aleatorios. Posteriormente, se contactará vía telefónica con los participantes de ambos grupos, desde cada CS, indicándoles el día y hora de inicio del grupo correspondiente. Previo a la puesta en marcha del estudio se realizará una formación grupal acreditada al personal de enfermería que realizará las sesiones sobre deshabituación tabáquica. Constará de un curso online (12 h.) y un taller presencial (8 h.), con una sesión inicial (4 h.) de presentación de todos los profesionales participantes, para promover la colaboración y el intercambio de experiencias.

Descripción de la intervención:

El "Taller", intervención educativa grupal de una sesión, tendrá una duración de 2 h. y el "Curso", intervención de 4 sesiones, tendrá una duración de 8 h (2 h por sesión): una de preparación al cese (día D-7 días), otra de cese (día D) y otras dos de mantenimiento del cese (D+7 días y D+14 días). Se partirá de las experiencias y vivencias presentes en el grupo, para trabajar conocimientos y habilidades para el cese y el mantenimiento; apoyándose en el aprendizaje significativo y vicario y en técnicas comunicativas de entrevista motivacional. Como material, para ambos tipos de intervenciones, se utilizará el documento Nueva propuesta de intervención educativa grupal (2012), elaborado por el Instituto de Salud Pública del Servicio Navarro de Salud, adaptado por GRUPALTAB-SEAPREMUR. También, se utilizará la APP "S'Acabó", aplicación gratuita para teléfonos móviles diseñada por la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) para dejar de fumar.

Descripción del seguimiento:

A los 3 y 9 meses de finalizadas las intervenciones, se contactará vía telefónica con los participantes para conocer el grado de mantenimiento del abandono tabáquico y para asesoramiento y apoyo. A los 6 y 12 meses de finalizadas las intervenciones, se concertará una consulta programada de enfermería con los participantes para realización de pruebas complementarias (cooximetría o medición de la carboxihemoglobina), cumplimentación de cuestionarios (satisfacción, ansiedad, ...), registro de variables a estudio, asesoramiento y apoyo. Una vez finalizado el programa se realizará una entrevista semiestructurada sobre la vivencia y satisfacción con la intervención grupal, a un grupo de los participantes, seleccionados aleatoriamente.

Aspectos éticos:

El presente proyecto de investigación se rige por lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y en La Ley de protección de datos 41/2002 del 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y documentación clínica y en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales, garantizando la confidencialidad, el anonimato y la autonomía de los participantes en el estudio, que tras leer el documento informativo de participación darán su consentimiento, el cual podrá ser revocado en cualquier momento. Se ha solicitado y obtenido del Comité Ético de Investigación Clínica de cada Área de Salud la aprobación del proyecto antes de la puesta en marcha.

Estrategia análisis:

Registro anónimo de los participantes, grupo de intervención y variables a estudio. Proceso de datos con el paquete estadístico SPSS 21.0 para Windows. Para todas las variables: Análisis descriptivo, con cálculo de frecuencias y porcentajes. Variables cuantitativas: Valores centrales (media, mediana) y desviación típica, acompañados del rango o amplitud. Comparación de resultados: Test chi-cuadrado para variables cualitativas y test t-student para variables de distribución normal. Se considerará un valor $p < 0,05$ bilateral para determinar la significación estadística. Posteriormente, está previsto realizar un análisis cualitativo de los contenidos recogidos en los materiales de trabajo de las sesiones y de los recursos obtenidos en las entrevistas en profundidad sobre la vivencia y experiencias durante el proceso de abandono.

Variables de estudio:

Dependiente: Dejar de fumar

Independientes: Tipo de intervención. Sexo. Edad. País de nacimiento. Peso. IMC. TA. FC. Consumo de tabaco: cantidad (cálculo de paquete/año = n° cigarrillos al día * años que lleva fumando / 20) y tipo (manufacturado o de liar, consumo de cigarrillos electrónicos u otros productos). Situación laboral: estudiante, parado, trabajador/a, jubilado/a, otras. Situación personal: soltero, casado / en pareja, viudo/a, separado/a. Renta media: 9-11 mil €, 11-12 mil €, 12-13 mil €, 13-22 mil €, >22 mil €. Nivel educativo: sin estudios, estudios primarios, secundarios, universitarios. Nivel social: clase I – VI (Clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología). Patología crónica: si / no. Consumo de cannabis: si / no. Cantidad, periodicidad, tipo de consumo y escala Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Consumo de alcohol: si / no. Consumo de riesgo: AUDIT C Reducido. Dependencia de la nicotina: Test de Fagerström. Motivación: Test de Richmond. Ansiedad: Escala de Hamilton. Calidad de vida: SF-12. CO: Cooximetría. Uso de la APP "S'Acabó"

APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Los resultados del presente estudio nos permitirán comprobar la eficacia de intervenciones grupales para dejar de fumar e impulsar la realización de actuaciones grupales más eficientes, en cuanto al tiempo invertido por persona que consigue dejar de fumar.

Facilitar evidencias para adaptar el protocolo de cesación tabáquica de APS.

Este proyecto, también pretende implicar a más profesionales en el desarrollo de intervenciones para el abandono de tabaco, mediante cuidados basados en la educación para la salud, proporcionándoles formación que mejore las capacidades y competencias en esta metodología a los profesionales que participen.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alonso-Pérez et al. Efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar aplicado en atención primaria Gac Sanit. 2014;

28(3):222–224

Camarelles et al. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin (Barc)*.

2013;140(6):272.e1–272.e12

CNPT. Documento de consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España. Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Madrid; 2008

Córdoba et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPs 2018. Grupo de expertos del PPAPS. *Aten Primaria*.

2018;50(Supl 1):29-40

Echauri et al. Nuevas propuestas de intervención educativa grupal. Pamplona: Sección de Promoción de la Salud. Gobierno Navarra; 2012

Fiore MC et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2008

Helena et al. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. *Salud Publica Mex*. 1 de marzo de 2013;55(2):196-20.

Lozano et al. Eficacia de intervenciones educativas grupales. I Congreso virtual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE). *Gac Sanit*. 2020;34 Supl Congr:28

Lozano Polo A. Atención de Enfermería frente al Tabaquismo. *Revista de Formación Continuada Enfermería Familiar y Comunitaria*. *Revista de Formación Continuada*. 2013; 1 (2): 56-65

Ochoa-Prieto et al. Tratamiento grupal multicomponente para dejar de fumar en atención primaria. Resultados de 5 años de intervención en un centro de salud. *Semergen*. 2010; 36(7):377–385

Olano et al. El tratamiento grupal del tabaquismo. *Trastornos Adictivos* 2007; 9(1):14-20

OMS. MPOWER: Un Plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. OMS. 2008

Rice et al. “Nursing Interventions for Smoking Cessation.” *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017 (12)

Soriano et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Med Clin (Barc)*. 2018;151(5):171–190

Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD001007

Whittaker et al. “Mobile Phone Text Messaging and App-Based Interventions for Smoking Cessation.” *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019 (10)

Mesa 10: Práctica clínica y n pacientes oncológicos

Session 10: Clinical practice and cáncer

AUTORES/AUTHORS:

Pedro Ruymán Brito Brito, Domingo Ángel Fernández Gutiérrez, Alfonso Miguel García Hernández, Martín Rodríguez Álvaro, Carlos Enrique Martínez Alberto, Armando Aguirre Jaime

TÍTULO/TITLE:

Intervenciones enfermeras asociadas al paciente crónico de alta complejidad en Atención Primaria de Tenerife

Objetivo:

- Determinar las intervenciones enfermeras que se asocian más frecuentemente al perfil de paciente crónico de alta complejidad (PCAC) en Atención Primaria de Tenerife.

Métodos:

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal y de corte epidemiológico realizado con toda la población de PCAC de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife (n=51.374). La extracción anonimizada de datos para la investigación se realizó desde el programa de historia electrónica del Servicio Canario de la Salud, Drago-AP, durante el mes de septiembre de 2020.

Se recogieron, para su análisis, variables sociodemográficas y clínicas (edad, sexo, percentil de complejidad, grado de autonomía, patologías e ingresos hospitalarios), así como las intervenciones de la clasificación estandarizada NIC (2018) registradas en los planes de cuidados de la historia electrónica Drago-AP.

La descripción de variables nominales se realizó empleando las frecuencias de las categorías y las escalares con media(DE) o mediana(P5-P95) según su distribución.

El análisis bivalente se realizó con la prueba de Chi-Cuadrado y para valorar la intensidad de las diferencias entre las intervenciones enfermeras prescritas y el resto de variables nominales a estudio se utilizó el coeficiente V de Cramer, cuya magnitud se valoró según los criterios de Rea y Parker (1992).

Todas las pruebas fueron bilaterales y realizadas a niveles de significación $\alpha < 0,05$ con ayuda del programa estadístico SPSS v.25.

Resultados:

El 57,4% de la muestra de pacientes crónicos de alta complejidad (PCAC) de Tenerife son mujeres, con una media de edad de 73,3(DE:12,2) años. Un 43,7% se encuentran en la franja etaria entre los 65 y 79 años. Respecto al nivel de autonomía, el 49% de entre los que tienen 65 años o más son autónomos. Un 12,1% del total han tenido ingresos hospitalarios previos. Según la pirámide de Kaiser el percentil de complejidad es mayor o igual a 99,5 para el 10,8% de la muestra, mientras que el resto está entre percentiles 95-99,5. Entre los problemas de salud más prevalentes se encontraron: hipertensión arterial (87,2%), hiperlipidemia (80%), artrosis (67,8%), diabetes mellitus (56,1%) y obesidad (38,7%).

Las cinco intervenciones NIC más frecuentes fueron: Monitorización de signos vitales (44,7%), Educación para la salud (44,4%), Manejo de inmunización/vacunación (39,5%), Administración de medicación: intramuscular (38%) e Identificación de riesgos (25,2%).

Respecto a los resultados del análisis bivalente, un total de veinte intervenciones NIC mostraron asociaciones moderadas o relativamente fuertes (V de Cramer: 0,201-0,400; $p < 0,001$) para los grupos de mayor edad, más dependencia y cuando existía la presencia de enfermedades concretas como el asma o la demencia. El 70% de dichas intervenciones correspondieron a los dominios de la taxonomía NIC "Fisiológico: Básico" y "Seguridad".

Discusión:

El perfil de los pacientes crónicos de alta complejidad en Tenerife (PCAC) corresponde al de una mujer mayor con relativa autonomía y presencia de pluripatología. Las intervenciones planificadas más frecuentemente por las enfermeras en los planes de cuidados registrados en historia electrónica Drago-AP describen sobre todo acciones relacionadas con el control de la enfermedad y la educación sanitaria, así como la valoración de determinados aspectos de riesgo. Las variables que más asociaron a las intervenciones NIC fueron el grupo de más edad y el de mayor grado de dependencia, lo cual guarda cierta lógica y total coherencia

con el perfil de pacientes estudiado. Esto indica, y por otro lado confirma, la necesidad de priorizar acciones en la práctica clínica diaria orientadas a estos grupos poblacionales, ya prioritarios de forma previa en estrategias sanitarias y sociales a nivel nacional. La Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprobó y publicó el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, determina la idoneidad de estos profesionales para trabajar con perfiles de pacientes como el expuesto en esta investigación, dirigiendo además las intervenciones a cuestiones preventivas y de promoción de salud en poblaciones sensibles como las personas mayores y/o con considerable grado de complejidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Brito Brito PR. Investigación sobre el proceso de valoración enfermera. En: Echevarría Pérez P. (Dra.). (2020). Investigación en metodología y lenguajes enfermeros. (2ª ed.). Barcelona: Elsevier, pp.127-136.
- Brito Brito PR, Aguirre Jaime A, Duarte Clíments G, Sánchez Gómez MB. Investigación epidemiológica en diagnósticos enfermeros. En: Echevarría Pérez P. (Dra.). (2ª ed.). (2020). Investigación en metodología y lenguajes enfermeros. Barcelona: Elsevier-AENTDE, pp.147-157.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner C. (2018). Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (BOE núm. 157, de 29 de junio de 2010, 57217-57250).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones.
- Rea LM, Parker RA. (1992). Designing and conducting survey research: a comprehensive guide. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias. (2015). Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. Madrid: Entheos.

AUTORES/AUTHORS:

Maitane San Vicente Izaga, Ainhoa Ulibarri Ochoa

TÍTULO/TITLE:

EFFECTIVIDAD DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA FATIGA Y CALIDAD DE VIDA DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ADYUVANTE

Introducción: El cáncer de mama es una de las localizaciones tumorales de mayor incidencia a nivel mundial (11,7%) y estatal (12,1%)(1), afectando principalmente a mujeres. El programa de detección precoz ha posibilitado el diagnóstico de la mayoría de los tumores de mama en un estadio invasivo temprano (I, IIA, IIB y IIIA), con mayores opciones de curación al poder someterse a cirugía (2). El tratamiento quirúrgico suele acompañarse de quimioterapia y/o radioterapia adyuvante para eliminar posibles micrometástasis y conseguir la remisión completa (2). Sin embargo, estos dos tratamientos antineoplásicos poseen gran toxicidad. El 75% de las personas con cáncer de mama que reciben radioterapia adyuvante y entre el 58% y 94% de las que reciben quimioterapia adyuvante presentan fatiga (3), lo que puede redundar en dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, impactando de forma negativa en la calidad de vida (CV). Algunos estudios sugieren el ejercicio físico como intervención no farmacológica para disminuir la fatiga y su impacto en la CV.

Objetivo: Conocer la efectividad del ejercicio físico en mujeres con cáncer de mama en tratamiento adyuvante (quimioterapia y/o radioterapia) para la disminución de la fatiga y el mantenimiento de la CV.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión crítica de la literatura. Los criterios de inclusión fueron: estudios con un alto grado de evidencia de acuerdo con los criterios del Instituto Joanna Briggs; publicados en los últimos 10 años (2010-2020); en castellano e inglés; y, que abordasen los efectos del ejercicio físico en mujeres con cáncer de mama en estadio I-III en tratamiento activo con quimioterapia y/o radioterapia adyuvante en relación a la fatiga y la CV. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Medline, CINAHL, PsycINFO, Cochrane, Embase y Cuiden, además de una búsqueda manual en las siguientes revistas indexadas en la Journal Citation Reports (JCR): Journal of Advanced Nursing, European Journal of Cancer Care, European Journal of Oncology Nursing y Cancer Nursing. Para asegurar la calidad de los estudios se utilizó una guía de lectura crítica basada en los criterios de las guías CASPe. Se realizó un análisis de contenido de los artículos seleccionados agrupando la información relevante.

Resultados: En el análisis final se incluyeron 15 artículos: 13 ECAs, un ensayo clínico cuasiexperimental y un metaanálisis. Los hallazgos muestran dos modalidades de ejercicio físico: supervisado y domiciliario.

6 estudios (4-9) evidenciaron el efecto del ejercicio físico en la disminución de la fatiga. Durante el tratamiento con quimioterapia adyuvante, el ejercicio de yoga supervisado en sesiones de una hora dos veces/semana durante 8 semanas disminuyó la fatiga en el grupo intervención (GI) (MGI-T1 = 16.1±7.1, M GI-T3 = 10.9±6.9, p = 0.001), mientras que en el grupo control (GC) aumentó (MGC-T1 = 15.4±7, M GC-T3 = 20.4±5, p = 0.001)(4); así mismo, un programa domiciliario basado en caminar de forma ligera 2-3 días después de cada ciclo de quimioterapia en sesiones de 30´ 3 veces/semana durante 12 semanas disminuyó la fatiga en comparación con el GC (p < 0.01)(5). Durante la radioterapia adyuvante, los siguientes ejercicios demostraron disminuir la fatiga en el GI: el entrenamiento activo supervisado de resistencia muscular en sesiones de una hora 2 veces/semana durante 12 semanas (MGI-T1 = 5.9±2.2, MGI-T3 = 5.4±2.3; MGC-T1 = 6.0±2.0, M GC-T3 = 5.9±1.9; p = 0.044)(6); el entrenamiento activo de estiramientos (p = 0.02) y el yoga (p = 0.04) supervisados en sesiones de una hora 3 veces/semana durante 6 semanas (7); y el programa domiciliario Nia con nueve movimientos marciales en sesiones de 20´-1 hora 3 veces/semana durante 12 semanas (p = 0.05)(8). Finalmente, un metaanálisis que incluía ambas modalidades de tratamiento, evidenció que 13 programas de ejercicio tipo

aeróbico, de resistencia o combinado disminuyeron la fatiga ($p = 0.03$)(9).

En relación a la CV, 4 estudios evidenciaron el efecto positivo del ejercicio físico(9,10-12). En 2 de ellos, el GI, basado en un programa de ejercicios de resistencia muscular supervisado en sesiones de 1 hora 2 veces/semana durante 12 semanas (10) y un programa de ejercicios supervisado combinando ejercicios de resistencia muscular y aeróbicos en sesiones de 1 hora 3 veces/semana durante 18-22 semanas (11), mejoró la CV durante la quimioterapia en comparación con el GC en el que empeoró, si bien la diferencia en el GC no fue estadísticamente significativa (10,11). Un tercer estudio evidenció mejoría en la CV en el GI frente al GC durante la quimioterapia mediante un programa de ejercicios domiciliario en sesiones de 20-30' diarios durante 9 semanas centrado en el tronco superior y extremidades ($p = 0.003$) (12). Finalmente, el metaanálisis evidenció que 12 programas que incluían ejercicios aeróbicos, de resistencia y la combinación de ambos, tanto supervisados como domiciliarios, mejoraron la CV ($p = 0.015$) (9).

Discusión: Si bien en varios estudios se ha observado mejoría en el grupo intervención frente al grupo control, son pocos los estudios que han demostrado con significatividad estadística la efectividad del ejercicio físico. Es necesario seguir investigando implementando estudios longitudinales con más tiempos de medida y mayor seguimiento, así como ampliando el tamaño muestral. Ante la variabilidad de las escalas de medida utilizadas y la dificultad para determinar las características de una intervención específica, será importante realizar estudios con mayor homogeneidad. En relación a las implicaciones para la práctica, estos resultados desvelan la necesidad de incorporar el ejercicio físico como parte de la terapia oncológica. Es importante que las enfermeras, junto al resto de profesionales de la salud de los distintos ámbitos asistenciales, prescribamos de forma individualizada ejercicio, adaptando la modalidad, duración e intensidad a las características y limitaciones de cada persona y adecuándolo de acuerdo a las evidencias disponibles hasta el momento; supervisemos su realización; y, realicemos un seguimiento continuado monitorizando sus efectos en la fatiga y la CV.

Conflicto de intereses: El estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. IARC. WHO. All cancers [internet]. Global Cancer Observatory; 2021. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>
2. Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rubio IT, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2019; 30(8): 1194-220.
3. Manir KS, Bhadra K, Kumar G, Manna A, Patra NB, Sarkar SK. Fatigue in breast cancer patients on adjuvant treatment: Course and prevalence. *Indian J Palliat Care.* 2012; 18(2): 109-16.
4. Taso CJ, Lin HS, Lin WL, Chen SM, Huang WT, Chen SW. The effect of yoga exercise on improving depression, anxiety, and fatigue in women with breast cancer: A randomized controlled trial. *J Nurs Res.* 2014; 22(3): 155-64.
5. Yang C-Y, Tsai J-C, Huang Y-C, Lin C-C. Effects of a home-based walking program on perceived symptom and mood status in postoperative breast cancer women receiving adjuvant chemotherapy. *J Adv Nurs.* 2010; 67(1): 158-68.
6. Steindorf K, Schmidt ME, Klassen O, Ulrich CM, Oelmann J, Habermann N, et al. Randomized, controlled trial of resistance training in breast cancer patients receiving adjuvant radiotherapy: Results on cancer-related fatigue and quality of life. *Ann Oncol.* 2014; 25(11): 2237-43.
7. Chandwani KD, Perkins G, Nagendra HR, Raghuram NV, Spelman A, Nagarathna R, et al. Randomized, controlled trial of yoga in women with breast cancer undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol.* 2014; 32(10): 1058-65.
8. Reis D, Walsh ME, Young-McCaughan S, Jones T. Effects of Nia exercise in women receiving radiation therapy for breast cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2013; 40(5): 374-82.
9. Carayol M, Bernard P, Boiche J, Riou F, Mercier B, Cousson-Gelie F, et al. Psychological effect of exercise in women with breast

cancer receiving adjuvant therapy: what is the optimal dose needed?. *Ann Oncol.* 2013; 24(2): 291-300.

10. Schmidt T, Weisser B, Durkop J, Jonat W, Van Mackelenbergh M, Rocken C, et al. Comparing endurance and resistance training with standard care during chemotherapy for patients with primary breast cancer. *Anticancer Res.* 2015; 35(10): 5623-29.

11. Moros MT, Ruidiaz M, Caballero A, Serrano E, Martínez V, Tres A. Ejercicio físico en mujeres con cáncer de mama. *Rev Med Chile.* 2010; 138: 715-22.

12. Maryam A, Fazlollah A, Eesa M, Ebrahim H, Abbas V-F. The effect of designed exercise programme on quality of life in women with breast cancer receiving chemotherapy. *Scand J Caring Sci.* 2010; 24(2): 251-8.

AUTORES/AUTHORS:

Ane Muñoz Exposito, Ainhoa Ulibarri Ochoa

TÍTULO/TITLE:**IMPACTO DE LA MASTECTOMÍA EN LA IMAGEN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA**

Objetivo: El cáncer de mama es la localización tumoral más frecuente en las mujeres según los últimos datos publicados en 2020 a nivel mundial (24.5%) y estatal (28.7%) (1). A pesar de que las guías de consenso actuales sitúan como primera opción de tratamiento la cirugía conservadora, todavía hoy día la mastectomía radical o total se realiza a un 30% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama (2). Si bien éste es un procedimiento eficaz para tratar la enfermedad, provoca sentimientos encontrados con afectación a nivel físico, emocional, social y en la sexualidad, pudiendo tener un impacto negativo en la percepción de la calidad de vida. Por tanto, el objetivo de este estudio fue identificar los cambios que conlleva la mastectomía en la imagen corporal y en la percepción de la calidad de vida en las mujeres con este tipo de cirugía.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión crítica de la literatura. Los criterios de inclusión fueron: estudios publicados en los últimos 10 años (2010-2020); en castellano e inglés; y, artículos que abordasen la imagen corporal y la percepción de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama tratadas con mastectomía. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Medline, Cinhal, PsycINFO, Cochrane, Cuiden y Embase, además de una búsqueda manual en las revistas European Journal of Cancer Care y Psicooncología. Las palabras clave mastectomía (mastectomy), imagen corporal (body image) y calidad de vida (quality of life) se convirtieron a lenguaje controlado utilizando los diferentes tesauros y fueron combinadas diseñando diferentes ecuaciones de búsqueda. Para asegurar la calidad de los estudios se utilizó una guía de lectura crítica basada en los criterios de las guías CASPe. Se realizó un análisis de contenido por categorías agrupando la información relevante.

Resultados: De los 1.434 artículos encontrados inicialmente, un total de 21 fueron incluidos en el análisis final de esta revisión. Los hallazgos evidencian que la mastectomía tiene un impacto negativo en la imagen corporal, lo que se asocia con peor calidad de vida (3-6). La mastectomía conlleva cambios importantes en la imagen corporal como no reconocimiento del propio cuerpo, pérdida de la feminidad, del atractivo físico y de la sensibilidad de la zona. La percepción de la mastectomía es más positiva cuando se relaciona con posibilidades de supervivencia. En relación a la calidad de vida, estudios que utilizaron la escala específica de calidad de vida para pacientes oncológicos EORTC QLQ-C30 hallaron que las dimensiones más afectadas fueron el funcionamiento emocional (M = 64.0 (7), 66.14 (8), 56.28 (9)) y de rol (M = 52.3 (7), 54.2 (8)), con bajas puntuaciones en la calidad de vida general (M = 32.2 (7), 56.97 (9)) y con síntomas de cansancio, dolor e insomnio. Estudios que utilizaron la escala específica de calidad de vida para personas con cáncer de mama EORTC QLQ-BR23 encontraron que las áreas más afectadas fueron la visión de futuro (M = 39.2 (7), 62.53 (8), 31.69 (9), 54.2 (10), 49.3 (11)), el placer (M = 32.7 (7), 34.3 (10), 63.3 (11), 54.82 (12)) y el funcionamiento sexual (M = 12.6 (10), 27.51 (12)) y síntomas en el brazo y la mama. Esta vivencia puede verse modulada por factores como la edad, el tiempo transcurrido desde la mastectomía, la posibilidad de reconstrucción mamaria y los efectos secundarios de otros tratamientos oncológicos como la quimioterapia o la radioterapia.

Discusión: Los resultados desvelan el impacto negativo tanto en la imagen corporal como en la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas y la relación significativa entre estas dos variables. Se necesitan más estudios longitudinales y de mayor tamaño muestral para realizar un mayor seguimiento de la vivencia de estas mujeres. También es importante avanzar en conocer los valores normativos de la escala EORTC QLQ-BR23 a nivel estatal, para poder establecer comparaciones. Como implicaciones para la práctica, los resultados de esta revisión evidencian la importancia de realizar un mayor seguimiento desde Enfermería que englobe la

valoración de los síntomas, la autopercepción y la percepción de calidad de vida de estas mujeres mastectomizadas para ayudarlas a afrontar mejor toda esta situación, siendo la comunicación la herramienta esencial para lograr todo esto.

Conflicto de intereses: El estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. IARC. WHO. All cancers [internet]. Global Cancer Observatory; 2021. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>
2. DeVita V, Lawrence T, Rosenberg S. DeVita, Hellman and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology. 9ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2011.
3. Gargantini ACG, Martín Casari L. Imagen Corporal y su Influencia en la Calidad de Vida en mujeres con mastectomía. *Psicooncología*. 2019;16(1):43-60.
4. Akkaya N, Atalay NS, Selcuk S, Akkaya S, Ardic F. Impact of body image on quality of life and mood in mastectomized patients and amputees in turkey. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2011;12(10):2669-73.
5. Satinder K, Hemant SK. Body Image Disturbances and Well Being among Post Mastectomy Patients. *Int J Nurs Educ*. 2015;7(2):49-51.
6. Paiva LC, Silva FB. Body image and sexuality of women who underwent a radical mastectomy: integrative review. *J Nurs UFPE*. 2013;7(5):4209-16.
7. Enien MA, Ibrahim N, Makar W, Darwish D, Gaber M. Health-related quality of life: Impact of surgery and treatment modality in breast cancer. *J Cancer Res Ther*. 2018;14(5):957-63.
8. Rahman MM, Hossain AFMA, Ahsan A, Monalisa NN, Rahman K, Azad SA. Moving beyond cancer: Immediate impact on the health-related quality of life of breast cancer patients after mastectomy. *Bangladesh Med Res Counc Bull*. 2015;41(2):52-8.
9. Hadi N, Soltanipour S, Talei A. Impact of modified radical mastectomy on health-related quality of life in women with early stage breast cancer. *Arch Iran Med*. 2012;15(8):504-7.
10. Tsai HY, Kuo RNC, Chung KP. Quality of life of breast cancer survivors following breast-conserving therapy versus mastectomy: A multicenter study in Taiwan. *Jpn J Clin Oncol*. 2017;47(10):909-18.
11. Sun Y, Kim SW, Heo CY, Kim D, Hwang Y, Yom CK, et al. Comparison of quality of life based on surgical technique in patients with breast cancer. *Jpn J Clin Oncol*. 2014;44(1):22-7.
12. Kouwenberg CAE, De Ligt KM, Kranenburg LW, Rakhorst H, De Leeuw D, Siesling S, et al. Long-Term Health-Related Quality of Life after Four Common Surgical Treatment Options for Breast Cancer and the Effect of Complications: A Retrospective Patient-Reported Survey among 1871 Patients. *Plast Reconstr Surg*. 2020;1-13.

Mesa 11: Género y Salud

Session 11: Gender and Health

AUTORES/AUTHORS:

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

TÍTULO/TITLE:

Variables predictoras de las actitudes hacia los métodos anticonceptivos en estudiantes del Grado en Enfermería

Objetivos:

La formación integral sobre sexualidad y métodos anticonceptivos es una de las necesidades abordadas desde las principales organizaciones a nivel internacional en materia de salud como la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, ciencia y la cultura (UNESCO) (1-2).

Investigaciones previas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en adolescentes y jóvenes, han expuesto la necesidad de aumentar el nivel de conocimiento como un elemento para evaluar la efectividad de los programas formativos. Sin embargo, cuando se abordan las principales variables que conducen a llevar a cabo prácticas seguras como es el uso de algún método anticonceptivo para la prevención de enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados, nos encontramos que no solo debemos de abordarlas mediante aumento del nivel de conocimiento, sino que nos referimos a una variable de comportamiento. Las actitudes son un elemento a evaluar para conocer la predisposición hacia el uso y la existencia de actitudes previas a la formación, las cuales se puedan abordar en los programas formativos para modificar las concepciones erróneas o basadas en información incompleta (3-5). Además de la formación, para el desarrollo de actitudes positivas hacia el uso de los métodos anticonceptivos se hace necesario el conocimiento de otras variables influyentes que permitan adaptar los programas formativos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en jóvenes. El objetivo de esta investigación fue determinar las variables predictoras del desarrollo de actitudes positivas hacia el uso de los métodos anticonceptivos en jóvenes estudiantes del Grado en enfermería.

Métodos:

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal. La población de estudio fueron estudiantes de Grado en enfermería con edad entre 18 y 25 años de la Universidad de Jaén.

Para la recogida de la información se ha empleado un cuestionario compuesto por variables sociodemográficas y variables relativas a las relaciones sexuales anteriores a la cumplimentación.

Para medir las actitudes hacia el uso de los métodos anticonceptivos se usó una escala validada previamente en la universidad de Sevilla, en el año 1993, compuesta por 10 ítems medidos mediante escala Likert (1-5). La escala mostró un valor de fiabilidad medida mediante el estadístico alfa de Cronbach en población universitaria de 0.71 (6).

La recogida de la información se llevó a cabo en seminarios docentes de la Universidad de Jaén, durante el horario lectivo del Grado en Enfermería. Durante la recogida de la información estuvo presente el investigador principal para la atención a las dudas o problemas que pudieran surgir durante la cumplimentación de la escala.

Para analizar la información, se ha realizado un análisis bivariado mediante los estadísticos U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis en función del número de categorías de la variable independiente. A partir de las variables independientes que obtuvieron significancia estadística a nivel bivariado, se realizó un análisis multivariado mediante un modelo de regresión lineal simple. Todos los análisis se han realizado mediante el programa estadístico SPSS 24.0, estableciendo como nivel de significación estadística $P < 0.05$.

Resultados:

La muestra estuvo formada por 303 participantes, de los cuales 238 son mujeres. La edad media de la muestra fue de 19.75 (DE: 1.83) años. Las principales fuentes de información empleadas para formarse sobre sexualidad y métodos anticonceptivos fueron internet (39.3%) y los profesionales sanitarios (36.6%). Un 59.4% de la muestra expusieron que acudieron a material pornográfico durante la adolescencia con una edad de inicio de consumo de 15.06 años. El 78.9% de los estudiantes habían mantenido relaciones sexuales previo a la cumplimentación de las escalas, con una edad media de 16.40 (DE: 1.29) años, de los cuales, un 70.3% usó algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual y un 66.3% en la última. Las principales razones alegadas para no usar ningún método anticonceptivo fueron que la relación sexual fue improvisada, "quitan placer" o "vergüenza para conseguir uno". La puntuación media de la escala de actitudes fue de 42.89 (DE: 6.23) puntos, con un rango entre 10 y 50 puntos. La escala mostró

un valor de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.76.

Como resultado del análisis bivariado se halló que las participantes mujeres tuvieron significativamente actitudes más positivas (43.11 ± 6.40 vs 41.92 ± 5.58 ; $P=0.047$) al igual que los participantes que habían mantenido relaciones sexuales en el momento del estudio (45.47 ± 4.12 vs 42.14 ± 6.53 ; $P<0.001$) y usaron algún método anticonceptivo (43.50 ± 5.23 vs 34.84 ± 7.93 ; $P<0.001$). Los participantes que consumieron material pornográfico durante la adolescencia tuvieron actitudes más negativas respecto al uso de métodos anticonceptivos, aunque no fue significativa la diferencia. ($P=0.476$).

Como resultado del análisis multivariado, se obtuvo un modelo final compuesto por 3 variables predictoras con un valor de correlación moderado ($R=0.498$) y una capacidad explicativa del 23.8% del total de la varianza. El ANOVA del modelo de regresión obtuvo un valor estadísticamente significativo ($P<0.001$). El modelo final estuvo formado por la constante y por las variables de uso de métodos anticonceptivos en la primera y última relación sexual y el sexo de los participantes, aunque solo las dos primeras obtuvieron un valor de significación individual menor a 0.05.

Discusión:

Los resultados de nuestra investigación, han dado sustento a la hipótesis de que unas actitudes más positivas hacia el uso de los métodos anticonceptivos van a actuar como un elemento predictor del uso de algún método anticonceptivo como se ha expuesto en una investigación previa en el entorno universitario (7).

El consumo de material pornográfico durante la adolescencia como una fuente de información estuvo presente en el 60% de los participantes, de los cuales afirmaron que es una fuente de escasa fiabilidad un 87.9%. Sin embargo, si este dato lo tomamos de manera conjunta con los participantes que emplearon internet, podemos advertir una realidad cada vez más presente en la actualidad como es que las fuentes de información que no requieren la presencialidad de la persona, son las que eligen preferentemente los adolescentes a la hora de acudir por información, aunque sean conscientes que pueden no obtener información de calidad (7-8). Esta realidad la encontramos cuando vemos las principales fuentes de información demandadas para obtener información, donde las charlas de educación sexual son la opción preferida.

Aunque nuestros datos indican una relación entre la posesión de actitudes positivas hacia el uso de los métodos anticonceptivos y el uso de algún método anticonceptivo durante sus relaciones sexuales anteriores, cuando analizamos los motivos que expusieron los participantes para no usar ningún método, nos encontramos dos motivos: "Quitan placer" y "La relación sexual fue improvisada". Esto nos indica que cuando hablamos de uso de algún método anticonceptivo nos encontramos con una preferencia o pensamiento preferente por el preservativo masculino, tal y como muestran nuestros datos, donde fue la opción anticonceptiva de mayor elección en la primera relación y última relación sexual. Por tanto, es necesario enfatizar la necesidad de formación sobre todas las opciones anticonceptivas que permitan la modificación o desarrollo de nuevas actitudes hacia opciones no evaluadas o hacia las conocidas, para que puedan conducir a un futuro uso (7, 9).

Las principales limitaciones de esta investigación fueron la voluntariedad de los participantes, lo que puede condicionar que los participantes más motivados o con actitudes más abiertas a exponer su opinión sobre el tema de estudio sean los que han participado en la investigación lo que puede causar una sobreestimación de las actitudes hacia el uso de los métodos anticonceptivos e infraestimación de la relación con algunas variables independientes. La segunda limitación que encontramos es que al considerarse la sexualidad y los métodos anticonceptivos, un tema tabú, los participantes pueden responder la opción con mayor deseabilidad social y no realmente su opinión o realidad respecto al uso de los métodos anticonceptivos.

Como conclusión, la presencia de actitudes positivas hacia el uso de los métodos anticonceptivos es un elemento clave para conseguir su uso en relaciones sexuales futuras. Los participantes que tuvieron actitudes significativamente más positivas usaron algún método anticonceptivo durante su primera y última relación sexual. En nuestra investigación, recibir formación no obtuvo diferencias significativas en la puntuación de actitudes, aunque es necesaria más investigación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Organización Mundial de la Salud. Reproductive Health Strategy. Genova, Suiza; 2018.
- 2- Herat J, Plesons M, Castle C, Babb J, Chandra-Mouli V. The revised international technical guidance on sexuality education – A powerful tool at an important crossroads for sexuality education. *Reprod. Health*. 2018; 15: 185.
- 3- Sanz-Martos S, López-Medina IM, Álvarez-García C, Álvarez-Nieto C. Efectividad de las intervenciones educativas para la prevención del embarazo en la adolescencia. *Atención primaria*. 2018; 51: 424-34
- 4- Muchcco LV. Conocimientos, actitudes y comunicación familiar frente al inicio temprano de las relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de dos instituciones educativas nacionales. Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú. 2012.
- 5- Santos MJDO, Ferreira M, Duarte J. Risk factors that influence sexual and reproductive health in Portuguese university students. *Int. Nurs. Rev*. 2017; 65: 225-33
- 6- Oliva A, Serra L, Vallejo R. Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces: Estudio cuantitativo. Universidad de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. 1993.
- 7- Sanz-Martos S, López-Medina IM, Álvarez-García C, Clavijo-Chamorro MZ, Ramos-Morcillo AJ, López-Rodríguez MM, et al. Young nursing students knowledge and attitudes about contraceptive methods. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17.
- 8- Sociedad Española de contracepción. Encuesta de anticoncepción en España. 2019. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2019_SEXUALIDAD_ANTICONCEPCION_JOVENES.pdf
- 9- Peterson J, Johnson M, Hutchins M, Florence C. Reported condom use among students enrolled in a person health and wellness course. *Health Educ Res*. 2019; 45(2): 13-9.

AUTORES/AUTHORS:

ANA ISABEL MARTINEZ TEJERO, ÁLVARO BRETÓN SANTOS, MIRIAM LEÑERO CIRUJANO, AMANDA VEIGA-FERNÁNDEZ, MIRIAM GARCÍA BAO, SOFÍA MOYA AUSÍN

TÍTULO/TITLE:

COMPORTAMIENTO Y FACTORES DE RIESGO EN MUJERES SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

1. Objetivo

El objetivo de nuestro estudio fue conocer los factores de riesgo y el comportamiento de las mujeres hacia el virus del papiloma humano (VPH).

2. Métodos

Se realizó un diseño descriptivo transversal en la población de mujeres que acudía a las consultas externas de Ginecología en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. El periodo de estudio abarcó desde el mes de abril a junio del 2021.

El equipo investigador diseñó un cuestionario, basado en investigaciones previas, de 10 preguntas sobre datos sociodemográficos (edad, hábito tabáquico), sexuales (número de parejas sexuales, edad de inicio de las relaciones sexuales) y ginecológicos (métodos anticonceptivos, utilización del doble método, infección de VPH actual o pasada y vacunación del VPH). Las preguntas relacionadas con la edad, número de cigarrillos, edad de inicio de relaciones sexuales y número de parejas sexuales fueron preguntas abiertas. El resto de preguntas fueron tipo test de respuesta única.

Previa a la entrega del cuestionario, se realizó una reunión de equipo para acordar la metodología a seguir. Se marcó como criterio de inclusión la captación de pacientes de sexo femenino que acudían a las consultas de ginecología. Como criterio de exclusión se marcó ser menor de edad. El muestreo fue oportunista y la captación se realizó en las consultas de ginecología, una vez finalizada la consulta con el especialista. Se les informó a los participantes el ámbito y objetivo del estudio, así como la voluntariedad del mismo. La participación fue anónima y voluntaria.

En el análisis descriptivo, las variables cuantitativas se presentaron con media y desviación típica y las variables cualitativas, con frecuencias y porcentajes. En el análisis correlacional se utilizaron pruebas no paramétricas, U de Mann-Whitney para la comparación de dos grupos y Kruskal-Wallis, para la comparación de tres grupos. Se realizaron correlaciones mediante el índice de Pearson para estimar la relación entre las distintas variables. El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$. Los datos se analizaron en el programa estadístico SPSS v.23.

3. Resultados

Participaron un total de 144 mujeres con una edad media de 40,22 años (+-11,74). En la muestra, la edad media de inicio de las relaciones sexuales fue a los 18,38 años (3,00) y del número de parejas sexuales de 4,73 (5,52).

Respecto al hábito tabáquico, el 22,9% de las mujeres declararon ser fumadoras con una media diaria de cigarrillos de 10,24 (4,92).

En cuanto a los métodos anticonceptivos, el 48,6% de las mujeres afirmó no utilizar ningún método anticonceptivo frente a un 34,0%

que utilizaba preservativo, un 11,8% que tomaba anticonceptivos orales, un 3,5% que portaba DIU, un 1,4%, anillo vaginal y un 0,7% que empleaba métodos naturales. Tan sólo un 10,4% de las mujeres declaró que utilizaba el doble método.

En relación a la vacunación del VPH, el 72,9% de las mujeres afirmó no haber recibido ninguna dosis de la vacuna del VPH. En cuanto a los motivos de la no vacunación, el 51,4% alegó que no se lo habían recomendado, el 27,0% porque desconocían que existía una vacuna para la prevención del VPH, el 14,4% por motivos económicos y el 7,2% porque se negaban a ponérsela.

Menos de la mitad de la muestra encuestada, el 36,1%, declaró tener o haber tenido el diagnóstico de infección por VPH.

Los datos arrojan una asociación negativa entre el diagnóstico de infección por VPH actual o pasada con la edad ($r=-0,15$; $p=0,08$) y con el inicio de las relaciones sexuales ($r=-0,06$; $p=0,48$); y una correlación positiva con el número de parejas sexuales ($r=0,07$; $p=0,37$) y con el hábito tabáquico ($r=0,02$; $p=0,78$).

4. Discusión

En este trabajo se ha puesto de manifiesto las conductas de riesgo existentes en la población (hábito tabáquico, varias parejas sexuales, inicio temprano de las relaciones, toma de anticonceptivos orales o la no vacunación) que afectan negativamente tanto a la infección por VPH como al posible desarrollo de cáncer de cérvix. Estos factores junto a embarazos múltiples y/o sistema inmune débil, han sido identificados en otros estudios como principales factores de riesgo.

Debido al número limitado de la muestra, no se obtiene significación estadística, pero sí diferencias clínicamente relevantes que concuerdan con las halladas en la literatura existente. Es necesario incidir en la limitación del tamaño muestral, ya que, debido a la situación pandémica actual, el volumen de pacientes citadas presencialmente ha disminuido, en detrimento de las consultas telemáticas para garantizar la seguridad de las mismas.

En futuros estudios de esta misma índole, sería interesante abarcar a la población masculina para estudiar también en ellos estos factores de riesgo. En la mayoría de las ocasiones la información y las actuaciones sobre prevención y tratamiento en VPH van enfocadas específicamente a las mujeres, olvidando la población masculina, quien también debe formarse en educación para la salud sobre la prevención del VPH. Nuestro trabajo tiene la limitación de sólo estudiar a la población femenina por llevarse a cabo esta investigación en el servicio de ginecología.

En la práctica diaria, la información contrastada y la formación basada en la evidencia dirigida a la población de riesgo es clave en la prevención del VPH. Este estudio muestra la necesidad de realizar intervenciones enfocadas sobre todo a los factores de riesgo y medidas de prevención como el uso de preservativo, el cribado poblacional, la vacunación y el fomento de hábitos saludables. En este aspecto, la enfermería juega un papel primordial. Este estudio forma parte de un proyecto, a futuro, para la creación de una consulta de enfermería de práctica avanzada sobre el VPH, donde idealmente se ofrecería educación sanitaria individualizada o grupal a pacientes y se tratarían dudas y preguntas sobre este virus para intentar desmontar falsos mitos. La población a la que iría destinada sería tanto a la femenina como a la masculina. También se impartirían cursos y/o talleres enfocados tanto a pacientes como a profesionales sobre el manejo, la prevención y el tratamiento de este virus.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ochoa Carrillo FJ, Guarneros de Regil DB, Velasco Jiménez MT. Human papillomavirus infection in women and its prevention. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015; 14(3):157-163.
- Medina ML, Medina MG, Merino LA. Main risk behaviors on Human Papillomavirus in Argentine university students. *Av Odontoestomatol*. 2018; 34(6):311-319.
- Mchome BL, Kjaer SK, Manongi R, Swai P, Waldstroem, et al. HPV types, cervical high-grade lesions and risk factors for oncogenic human papillomavirus infection among 3416 Tanzanian women. *Sexually transmitted infections*. 2021; 97(1): 56–62.
- Walter LA, Leader E, Galbraith JW. Human Papillomavirus Awareness, Vaccine Status, and Risk Factors in Female Emergency Patients. *The western journal of emergency medicine*. 2020; 21(2): 203–208.
- Osazuwa-Peters N, Adjei Boakye E, Rohde RL, Ganesh RN, Moiyadi AS, et al. Understanding of risk factors for the human papillomavirus (HPV) infection based on gender and race. *Scientific reports*. 2019; 9(1), 297.
- Hooi DJ, Lissenberg-Witte BI, Kenter G, de Koning M, Gomes Bravio I, et al. Human papillomavirus (HPV) prevalence and associated risk factors in women from Curaçao. *PloS one*. 2018; 13(7).
- Rizzuto I, Nalam M, Jiang J, Linder A, Rufford B. Risk factors for HPV persistence and cytology anomalies at follow-up after treatment for cervical dysplasia. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2018; 141(2), 240–244.
- Elmi AA, Bansal D, Acharya A, Skariah S, Dargham SR. et al. Human Papillomavirus (HPV) Infection: Molecular Epidemiology, Genotyping, Seroprevalence and Associated Risk Factors among Arab Women in Qatar. *PloS one*. 2017:12(1).
- Ma S, Stern JE, Feng Q, Hughes JP, Hawes SE, et al. Incidence and risk factors for human papillomavirus infections in young female online daters. *Journal of medical virology*. 2017; 89(11), 2029–2036.
- Cab-Sánchez BG, Hernández-Solís SE, Rueda-Gordillo F, Conde-Ferrárez L, Gómez-Carballo JG, et al. Epidemiología de la infección oral por VPH en sujetos jóvenes sanos. *Revista chilena de infectología: Órgano Oficial de la Sociedad Chilena de Infectología*. 2017; 34(6), 557–562.

AUTORES/AUTHORS:

Ariadna Huertas Zurriaga, Juan Manuel Leyva del Moral, Sergio Alonso Fernández, Patrick Palmieri, Joan Edwards, Sandra Cesario, Lidia Pardell

TÍTULO/TITLE:

Acompañar a las mujeres con VIH en la toma de sus decisiones reproductivas; un reto para la atención enfermera

OBJETIVOS: El diagnóstico de VIH supone un cambio de vida para las personas que lo sufren, las cuales entran en un mundo totalmente desconocido donde reina el miedo y la incertidumbre (Leyva-Moral et al., 2015). En el caso de las mujeres supone un gran obstáculo a la hora de tomar decisiones reproductivas, a pesar de que la maternidad, tradicionalmente, ha sido uno de los roles que ha dado sentido a la vida de las mujeres (Gómez-Suárez, 2016). Gracias a la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) el VIH es comparable a una enfermedad crónica y las posibilidades de transmisión vertical disminuyen por debajo del 1% (Saleem et al., 2017). Pese al favorable escenario reproductivo, el temor por transmitir el VIH es un hecho común entre las mujeres, las que deben afrontarse a una sociedad que cree que no deberían de tener hijos/as. Explicar cómo las mujeres con VIH gestionan la toma de decisiones reproductivas se trata del objetivo principal de esta investigación. **MÉTODOS:** Se utilizó la Teoría Fundamentada Constructivista de Charmaz por su especificidad para estudiar los fenómenos sociales (Denzin & Lincoln, 2011). Para la recolección de datos, se recurrió a las entrevistas semiestructuradas, a las notas de campo y a un cuestionario de datos sociodemográficos para conocer mejor las realidades de las mujeres entrevistadas. El reclutamiento de las participantes se realizó en la Fundació Lluita contra la SIDA del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, en Badalona (Barcelona). Los datos fueron recogidos una vez obtenidos los permisos del Comité de Ética de Investigación, informadas las participantes y firmados los respectivos consentimientos, siempre respetando los requisitos éticos y legales. Se realizaron entrevistas hasta alcanzar la saturación teórica. Los datos fueron analizados mediante el método de las comparaciones constantes, originalmente creado por Glasser y Strauss e incorporado en la versión adaptada de Charmaz. Para asegurar el rigor del proyecto, se siguieron los criterios propuestos por Lincoln & Guba (1985). **RESULTADOS:** Se entrevistaron a 26 mujeres con VIH de entre 18 y 50 años, siendo la media de 39,3 años (SD: 8,97). El país de origen de un 65% de la muestra era España, mientras que seis participantes habían nacido en Sudamérica, dos en África y una en Ucrania. Solamente el 58% de las entrevistadas estaba en activo, mientras que el nivel de ingresos anual se situaba por debajo de 5,000€ para casi la mitad de ellas. En cuanto al nivel de estudios, la mitad de las informantes disponía de estudios secundarios finalizados. Tras realizar múltiples lecturas de las transcripciones literales de las entrevistas y las notas tomadas durante el trabajo de campo se identificó una categoría central, Te dejás llevar, sobre la cual giraban tres categorías principales: 1) Construyéndome a mí misma; 2) Decidir ser madre, ardua tarea; 3) Afrontando las decisiones reproductivas. La emergencia de esta categoría central muestra como la toma de decisiones reproductivas en las MVV no se trata de un proceso que se fundamente desde su voluntad consciente ni desde la razón. Este proceso viene mediado por su interacción con los distintos agentes sociales, por los ideales de feminidad y maternidad recibidos por éstos y por las estructuras imperantes e impuestas por el orden patriarcal, por los cuales se dejan llevar. Los ideales de feminidad y maternidad predominantes en la sociedad, contribuyen a la construcción de la identidad de las mujeres la cual es irrumpida por el diagnóstico del VIH, produciéndose su fragmentación. Emerge un nuevo “Yo” muy manchado por el estigma, los propios prejuicios y la mirada de los otros. La falta de conocimientos, las falsas creencias, las dudas e incertidumbres, las situaciones de marginalidad socioeconómica, los obstáculos en su estado de salud y la ausencia de una o más figuras afectivas, van a dificultar aún más las decisiones reproductivas. Para poder hacer frente al hostil contexto reproductivo, las MVV van a desarmar todo su repertorio de mecanismos de afrontamiento, respaldándose en las redes de apoyo, las profesionales sanitarias, las figuras de afecto, la religión o la esperanza depositada en la maternidad. Asimismo, van a utilizar estrategias de autocuidado para proteger a sus seres queridos, y es que la transmisión de la infección es su temor más acuciante. **DISCUSIÓN:** Como se evidencia en la literatura, el deseo reproductivo de las mujeres suele estar motivado porque se considera un

deseo biológicamente innato (Alvarez, 2018; Bergnéhr, 2008; Eriksson et al., 2012). Además, el sentido de la vida femenina de las mujeres se basa fundamentalmente en la reproducción (Leyva Moral, 2014). En consecuencia, las MVV tratan de alcanzar su identidad ideal a través de la maternidad. La construcción de este "Yo Ideal" se va a ver interrumpida por el diagnóstico del VIH. Como afirman recientes estudios, cuando las mujeres descubren que tienen VIH, se sienten devastadas y dejan de sentirse femeninas (Carlsson-Laloo et al., 2016; Walulu & Gill, 2011). Además, cómo reportan las evidencias, las MVV toman la maternidad como un rol social y culturalmente valioso, considerando que a través de ella serán reconocidas en la sociedad y recuperarán parte de su identidad femenina, dañada tras el diagnóstico (Gómez-Suárez, 2016). La maternidad no va a ser una decisión individual y es que muchas mujeres se sienten presionadas por familiares y miembros de la comunidad (Giles et al., 2009). Después de tanta presión social que configura la identidad de una mujer a la que se le atribuye un rol reproductivo, además de la perpetua influencia de un modelo patriarcal que deja en un segundo plano las propias ideas de las mujeres, surge de forma natural la opción de dejarse llevar. Si las mujeres no cumplen con esta demanda social, pueden tener sentimientos de vergüenza, culpa y pérdida de la autoestima, como afirman Tong et al., (2015). En el caso de las MVV, estos sentimientos se agudizan, pues se enfrentan a múltiples desafíos como el miedo a la transmisión, a tener una esperanza de vida limitada o temores relacionados con la falta de conocimientos, la desinformación, el estigma y los prejuicios (de Lima et al., 2017; Fransen-Dos Santos & Guarinieri, 2017). Los falsos mitos, las creencias erróneas, los prejuicios y los estereotipos por desconocimiento y por el estigma presente en la sociedad, van a hacer que las MVV teman y duden a la hora de tomar una decisión reproductiva (Barnes & Murphy, 2009; Giles et al., 2009; Kelly et al., 2011, 2012; Kirshenbaum et al., 2004; Leyva-Moral et al., 2017). Debido a la complejidad del escenario reproductivo, poder contar con una o más figuras afectivas es muy importante para ellas (Leyva-Moral et al., 2015). Sin embargo, en ocasiones no se cuenta con el apoyo de la familia ni los amigos, quienes muestran comportamientos estigmatizadores (D. B. Barnes, 2013; Carlsson-Laloo et al., 2016; Cuca & Rose, 2016; De Santis & Barroso, 2011; Fransen-Dos Santos & Guarinieri, 2017; Herek et al., 2013; Jean et al., 2016; O'Brien et al., 2017; Orlando et al., 2017). La pareja es otro elemento que se considera crucial (Jean et al., 2016; Kelly et al., 2011, 2014). Para las mujeres en general es fundamental tener una relación estable como condición para lograr una "buena maternidad" (Álvarez, 2013) y con quien compartir su decisión procreadora. Sin embargo, esta decisión "compartida" a menudo viene vehiculizada por sus deseos. Además, muchas MVV experimentan relaciones de poder y desigualdad de género dentro de sus relaciones íntimas (Carlsson-Laloo et al., 2016; Jean et al., 2016). La falta de apoyo se pretende solucionar con otras figuras afectivas, como los profesionales sanitarios. En general, las MVV están muy agradecidas por su atención. Sin embargo, no abordan aspectos psicosociales como los deseos reproductivos y la sexualidad, como afirman numerosos estudios (Fuzzell et al., 2016; Leyva-Moral et al., 2020; Rashidian et al., 2016). Por esta razón, las MVV a veces evitan buscar ayuda profesional cuando llega el momento de tomar una decisión reproductiva (Cuca & Rose, 2016), dejándose llevar por los acontecimientos de la vida. Las situaciones de inestabilidad económica, trabajos precarios o la inactividad laboral, la drogadicción u otras realidades de marginalidad son escenarios habituales entre las MVV. Como afirma Alvarez (2018), las desventajas socioeconómicas afectan más a las mujeres, provocando una peor salud y un deterioro en la calidad de vida de las mismas. La resiliencia tiene un impacto positivo en la salud (Lacombe-Duncan et al., 2020), por lo que las MVV despliegan todas sus armas disponibles para combatir los múltiples desafíos a la hora de tomar una decisión reproductiva. Las profesionales de la salud juegan un papel fundamental en el proceso de toma de decisiones reproductivas, ya que las MVV toman su apoyo y aprobación de manera primordial al considerar la posibilidad de tener un hijo (Cuca & Rose, 2016; Jean et al., 2016; Kelly et al., 2014). Por otro lado, muchas MVV recurren a grupos de apoyo (Cuca & Rose, 2016), pasando a formar parte de una realidad mayor, que ofrece la posibilidad de unir fuerzas (Fowler, 2017). Muchas otras MVV buscan la protección de un poder espiritual superior al tomar decisiones reproductivas (Barnes, 2013; Barnes & Murphy, 2009; Carlsson-Laloo et al., 2016; Kirshenbaum et al., 2004; Leyva-Moral et al., 2017a; Walulu y Gill, 2011). Otro mecanismo de afrontamiento son las estrategias de autocuidado (Walulu, 2007), mejorando la adherencia al tratamiento (Giles et al., 2009; Kelly et al., 2014; Kirshenbaum et al., 2004), negociando relaciones íntimas más seguras (Campero et al., 2010) y realizando de actividades de planificación familiar (Jean et al., 2016). Finalmente, la esperanza es una estrategia de afrontamiento que surge de la mera

experiencia de vivir con el VIH (Barnes, 2013; Barnes & Murphy, 2009). La esperanza protege de la desesperación y promueve la confianza en el logro de metas que parecían inalcanzables (Leyva-Moral et al., 2015), como la maternidad (Kelly et al., 2014). Además, la maternidad se convierte en una esperanza y les da la fuerza para continuar su lucha contra el VIH (Barnes & Murphy, 2009; Carlsson-Lalloo et al., 2016; Leyva-Moral et al., 2017; Walulu, 2007). Como se ha constatado, la toma de decisiones reproductivas en MVV no es fruto de un proceso reflexivo ni deliberado, tratándose de un proceso complejo lleno de obstáculos a los que las mujeres se deben afrontar, y ante el cual optan por “dejarse llevar”. La complejidad del proceso sugiere la necesidad de un enfoque integral de asesoramiento multidisciplinario, humanizado y basado en la atención centrada en la persona. También, resulta primordial trabajar de forma mucho más profunda todos aquellos aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción desde las consultas. Y en definitiva se debe empoderar a las mujeres para que se cuestionen sus conductas y acaben tomando sus propias decisiones de forma libre, informada, consciente y con la menor incertidumbre y miedo posibles. El rol de las enfermeras dentro de los equipos multidisciplinarios las sitúa en un puesto estratégico para desempeñar esta tarea Sin embargo, es necesario fomentar el cambio de la imagen social de la profesión, la cual lleva en sus espaldas el peso de los estereotipos ligados al género femenino, en una sociedad todavía patriarcal.

PALABRAS CLAVE: mujer, VIH, reproducción, toma de decisión.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alvarez, B. (2018), Barnes, D. B. (2013), Barnes, D., & Murphy, S. (2009), Bergnéhr, D. (2008), Campero, L., Kendall, T., Caballero, M., Mena, A. L. A. L., & Herrera, C. (2010), Carlsson-Lalloo, E., Rusner, M., Mellgren, A., & Berg, M. (2016), Cuca, Y. P. & Rose, C. D. de Lima, I. C. V., dos Santos Oliveira Cunha, M. da C., da Cunha, G. H., Gimeniz Galvao, M. T., (2017), De Santis, J. P., & Barroso, S. (2011), Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011), Eriksson, C., Larsson, M., & Tydén, T. (2012), Fowler, M. D. (2017), Fransen-Dos Santos, R., & Guarinieri, M. (2017), Fuzzell, L., Fedesco, H. N., Alexander, S. C., Fortenberry, J. D., & Shields, C. G. (2016), Giles, M. L., Hellard, M. E., Lewin, S. R., & O'Brien, M. L. (2009), Gómez-Suárez, M. (2016), Herek, G. M., Saha, S., & Burack, J. (2013), Jean, J., Coll, A., Monda, M., Potter, J., & Jones, D. (2016), Kelly, C., Alderdice, F., Lohan, M., & Spence, D. (2012), Kelly, C., Lohan, M., Alderdice, F., & Spence, D. (2011). Kirshenbaum, S. B., Hirky, A. E., Correale, J., Goldstein, R. B., Johnson, M. O., Rotheram-Borus, M. J., Ehrhardt, A. A., SB, K., AE, H., Correale, J., TB, G., MO, J., MJ, R.-B., & AA, E. (2004), Lacombe-Duncan, A., Logie, C. H., Newman, P. A., Bauer, G. R., & Kazemi, M. (2020). Leyva-Moral, J. M., de Dios Sánchez, R., Lluva-Castaño, A., & Mestres-Camps, L. (2015), Leyva-Moral, J. M., Feijoo-Cid, M., Torrella Domingo, A., Planas Ribas, B., Badia Royes, R., Martín Castillo, M., Navarro Mercadé, J., & Aguayo-Gonzalez, M. (2020). Leyva-Moral, J. M., Palmieri, P. A., Feijoo-Cid, M., Cesario, S. K., Membrillo-Pillpe, N. J., Piscocoya-Angeles, P. N., Goff, M., Toledo-Chavarri, A., & Edwards, J. E. (2017). Leyva Moral, J. M. (2014), Lincoln, Y. S., & Guba, E. . (1985), O'Brien, N., Greene, S., Carter, A., Lewis, J., Nicholson, V., Kwaramba, G., Ménard, B., Kaufman, E., Ennabil, N., Andersson, N., Loutfy, M., de Pokomandy, A., & Kaida, A. (2017), Orlando, M., Weber, S., Martinez, R., Cohan, D., & Seidman, D. (2017), Rashidian, M., Minichiello, V., Knutsen, S. F., & Ghamsary, M. (2016), Saleem, H. T., Narasimhan, M., Denison, J. A., & Kennedy, C. E. (2017), Tong, A., Jesudason, S., Craig, J. C., & Winkelmayer, W. C. (2015), Walulu, R. N., & Gill, S. L. (2011)

AUTORES/AUTHORS:

Isaac Aranda Reneo, Paula Devesa Jover, Nuria Velasco Gómez, Cristina Vaquero, Esmeralda Santacruz Salas

TÍTULO/TITLE:

Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres lactantes: resultados preliminares del proyecto IELM

Objetivo: la lactancia natural posee numerosos beneficios para la salud del recién nacido (Amitay, 2015; Bobrow, 2013). Numerosos estudios han demostrado que la lactancia natural puede servir como una alternativa para contener los costes hospitalarios en enfermedades del recién nacido (Colaizy, 2016; Dritsakou, 2016) e incluso en recién nacidos sanos (Santacruz-Salas, 2019). No obstante, no existen trabajos que hayan evaluado si existen diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las mujeres lactantes en comparación con las que no lactan.

Métodos: diseñamos un estudio de cohortes en el que se incluyeron mujeres de forma consecutiva que tras el parto desearon voluntariamente participar en el proyecto entre julio de 2020 y mayo de 2021. Se excluyeron mujeres que no pudieron comprender el consentimiento firmado, rehusaron firmarlo o participar en el seguimiento, gestaciones múltiples, recién nacidos ingresados en el Servicio de Neonatología, positivos en el screening neonatal de metabopatías, dados en adopción, con un peso inferior a 2,500 gr, con edad gestacional inferior a 36 semanas y madres que precisen hospitalización por complicaciones relacionadas con el parto. A través de cuestionarios electrónicos recogimos características sociodemográficas de las participantes, del recién nacido y tipo de parto. Para valorar si existían diferencias en la CVRS empleamos la herramienta EQ5D5L (Janssen, 2013). Esta herramienta evalúa el estado de salud a través de 5 dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades de la vida diaria, dolor/malestar y ansiedad/depresión) donde las participantes podían marcar hasta 5 opciones de respuesta desde 'no tener problemas' hasta 'tener problemas muy graves'. Mediante la aplicación de una tarifa estimada en estudios poblacionales podemos obtener la utilidad social que representaría el estado de salud de la participante (Ramos-Gofñi, 2018). Tras la aplicación de estas tarifas, el valor 1 representa el valor social de una salud plena, 0 es considerado en la literatura como muerte, aunque la aplicación de estas tarifas también pueden resolver valores negativos (Janssen, 2013). Además, esta escala incluye una escala visual analógica (VAS) en la que 0 representa el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor. Para valorar el grado de autoeficacia de la lactancia materna empleamos la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form. Esta escala está compuesta por una sola dimensión en la que se incluyen 14 ítems que pretenden estimar la capacidad de la madre para la práctica de LM. En cada uno de los ítems que componen la escala existen también 5 opciones de respuesta que varían desde 'no sentirse segura de poder hacerlo' hasta 'sentirse muy segura' (Oliver-Roig, 2012). Además, los cuadernos electrónicos de datos se incluyeron preguntas para establecer las siguientes clasificaciones: (i) recién nacidos que siguen Lactancia Materna Exclusiva (LME); (ii) recién nacidos que siguen Lactancia Mixta (LM) y, (iii) recién nacidos que siguen Lactancia Artificial (LA). La muestra se recogió en el Hospital Lluís Alcanyins de Xàtiva (Valencia), Hospital General Virgen de la Peña ubicado en Fuerteventura (Las Palmas) y en el Hospital Universitario del Sureste (Madrid). Los comités de ética evaluaron positivamente la realización de dicho estudio. Para evaluar si existían diferencias en la CVRS de las participantes en el estudio, realizamos un análisis descriptivo de su CVRS y el tipo de lactancia. También estudiamos si existían diferencias en las características sociodemográfica de las participantes en el estudio, así como en el tipo de parto mediante análisis bivariante. Para explorar con más detalle, si existían diferencias en la CVRS entre las participantes en el estudio empleamos análisis multivariante. Usamos modelos linealmente generalizados (GLM), debido a la distribución asimétrica de los datos, para valorar si existen diferencias en la calidad de vida y el tipo de lactancia (Manning, 2005). En los modelos, la variable independiente fue la CVRS y como variables independientes se incluyó el tipo de parto, en el resto de las variables no se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto de la calidad de vida en un análisis bivariante.

Resultados: Completaron los cuestionarios 105 participantes. La edad media fue de 32 años (DE=7.6), el 82% eran primíparas y un 74% poseían la nacionalidad española. El 43% indicaron no tener un trabajo reenumerado o estar en paro, el 49% trabajar por cuenta

ajena y el 7.8% por cuenta propia. Un 10% de las participantes terminaron los estudios primarios, un 31% estudios secundarios y un 59% estudios superiores. El 63.7% de los partos fueron naturales, el 29.4% cesáreas y el 6.9% partos instrumentalizados. En un 70% de los partos se empleó anestesia epidural, en un 20% ningún tipo de anestesia, en un 4% óxido nitroso y en un 7% raquis/intradural. Tras el parto, el 63.7% de las participantes en el estudio ofrecía lactancia materna de forma exclusiva, el 19.6% lactancia mixta y el 16.7% artificial. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de parto (ji-cuadrado=8.256, p-valor=0.016) pero no en el tipo de anestesia (ji-cuadrado=4.15, p-valor=0.24) respecto de seguir lactancia materna exclusiva o no seguirla. También se observaron diferencias estadísticamente significativas en la nacionalidad de la madre (ji-cuadrado=12.516, p-valor=0.006) pero no en el nivel de estudios alcanzado (ji-cuadrado=0.474, p-valor=0.78). El peso medio de los recién nacidos fue 3,261 gramos (DE=702.84), la edad gestacional de 39.4 semanas (DE=1.2) y el 56% de los RN fueron niños. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ni en el peso al nacer ni en la edad gestacional respecto del tipo de lactancia. Las mujeres lactantes obtuvieron una autoeficacia de 55.7 (DE=11.4) y una CVRS según la EQ5D-VAS de 79.4 (DE=16.06) (donde 0 representaba el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor) o de 0.75 (DE=0.25) en términos de valoración social del estado de salud o utilidad (donde 1 representaría el valor social de un estado de salud pleno). El 48% de las mujeres indicaron que tenían problemas de movilidad, un 35% problemas en su autocuidado, un 40% a la hora de realizar actividades cotidianas, un 82% sentían algún tipo de dolor o malestar y el 21% ansiedad o depresión tras el parto. Se observaron diferencias en todas las dimensiones de la herramienta EQ5D entre las mujeres que ofrecieron lactancia materna exclusiva y las que no. Sin embargo, sólo resultaron ser estadísticamente significativas las diferencias en el autocuidado (el 28% de las mujeres en lactancia exclusiva refirieron problemas en esta dimensión en comparación con el 49% entre las que no ofrecieron exclusiva, ji-cuadrado=4.53, p-valor=0.03) y en realizar tareas de la vida cotidiana (29% indicaron problemas entre las que practicaron lactancia exclusiva y 59% en lactancia no exclusiva, ji-cuadrado=8.96, p-valor<0.01). Los resultados de aplicar la VAS que incluye la herramienta EQ5D resolvió una mayor CVRS entre las mujeres con lactancia materna exclusiva (80.06; DE=14.74) en comparación con lactancia mixta (77.85; DE=13.75) y fórmula (71.18; DE=20.72). Entre las mujeres que practicaron la lactancia, el análisis estadístico reveló que las mujeres con mayor autoeficacia en lactancia presentaban también mayor CVRS (0.34; IC95%=0.09 – 0.59; p-valor=0.01). El índice de correlación de Pearson entre CVRS y autoeficacia resultó ser estadísticamente significado ($r=0.27$; p-valor=0.01) para los resultados del EQ5D-VAS y para las utilidades estimadas tras la aplicación de las tarifas sociales en los estados de salud obtenidos con el EQ5D ($r=0.37$; p-valor<0.01). El análisis multivariante mostró que las mujeres que ofrecían leche de fórmula refería hasta 8.38 puntos menos en la VAS que se incluye en la EQ5D (IC95%= -16.29; -0.48; p-valor=0.04) en comparación con las que ofrecieron lactancia materna de forma exclusiva.

Discusión: Las participantes del estudio IELM presentaron valores de CVRS diferentes según el tipo de lactancia que practican. Las mujeres que practicaron lactancia materna presentaron mejores resultados que las que no la practicaron. Entre aquellas mujeres que practicaron la lactancia se observamos mayores niveles de autoeficacia que la observada en otros estudios llevados a cabo en nuestro país (Oliver-Roig, 2012) y observamos también una relación positiva entre autoeficacia y CVRS. No obstante, según la escala que empleamos para valorar la autoeficacia, el 56% de las madres lactantes estaban en riesgo de abandono de la lactancia materna en el momento de completar los cuestionarios del proyecto, tras el parto. Trabajos previos realizados por otros autores han revelado que factores relacionados con el entorno hospitalario han aumentado el riesgo de abandono de lactancia (Santacruz-Salas, 2020). En este sentido, debemos tener presente que el mantenimiento de la lactancia tiene relación directa con la CVRS de las mujeres que la practica además del resto de beneficios individuales y colectivos que ya se han demostrado. Por lo tanto, la incorporación de intervenciones que favorezcan el mantenimiento de la lactancia tras el parto podría ayudar a contener el riesgo de abandono de lactancia y mejorar la CVRS de las mujeres, ya que se observan diferencias según el tipo de lactancia. Análisis de datos longitudinales son necesarios para establecer causalidad que sostengan la dirección del efecto de la lactancia sobre la CVRS de las mujeres lactantes que hemos observado en nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Amitay, E. L., Keinan-Boker, L. (2015). Breastfeeding and childhood leukemia incidence: A meta-analysis and systematic review. *JAMA Pediatrics*, 169(6): e151025
- Bobrow, K. L., Quigley, M. A., Green, J., Reeves, G. K., Beral, V. (2013). Persistent effects of women's parity and breastfeeding patterns on their body mass index: Results from the Million Women Study. *International Journal of Obesity*, 37(5), 712–717.
- Colaizy, T. T., Bartick, M. C., Jegier, B. J., Green, B. D., Reinhold, A. G., Schaefer, A. J., Stuebe, A. M. (2016). Impact of optimized breastfeeding on the costs of necrotizing enterocolitis in extremely low birthweight infants. *The Journal of Pediatrics*, 175, 100–105.e102.
- Dritsakou, K., Liosis, G., Valsami, G., Polychronopoulos, E., Souliotis, K., Skouroliakou, M. (2016). Mother's breast milk supplemented with donor milk reduces hospital and health service usage costs in low-birthweight infants. *Midwifery*, 40, 109–113.
- Santacruz-Salas E, Aranda-Reneo I, Hidalgo-Vega Á, Blanco-Rodriguez JM, Segura-Fragoso A. The Economic Influence of Breastfeeding on the Health Cost of Newborns. *J Hum Lact*. 2019 May;35(2):340-348.
- Janssen MF, Pickard AS, Golicki D, Gudex C, Niewada M, Scalone L, Swinburn P, Busschbach J. Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: a multi-country study. *Qual Life Res*. 2013 Sep;22(7):1717-27.
- Ramos-Goñi JM, Craig BM, Oppe M, Ramallo-Fariña Y, Pinto-Prades JL, Luo N, Rivero-Arias O. Handling Data Quality Issues to Estimate the Spanish EQ-5D-5L Value Set Using a Hybrid Interval Regression Approach. *Value Health*. 2018 May;21(5):596-604.
- Oliver-Roig A, d'Anglade-Gonzalez M-L, Garcia-Garcia B, Silva-Tubio J-R, Richart-Martinez M, Dennis C-L. The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and validity assessment. *International Journal of Nursing Studies*. 2012;49(2):169-73
- Manning WG, Basu A, Mullahy J. Generalized modeling approaches to risk adjustment of skewed outcomes data. *Journal of health economics*. 2005;24(3):465-88.
- Santacruz-Salas E, Segura-Fragoso A, Cobo-Cuenca AI, Carmona-Torres JM, Pozuelo-Carrascosa DP, Laredo-Aguilera JA. Factors Associated with the Abandonment of Exclusive Breastfeeding before Three Months. *Children (Basel)*. 2020 Dec 16;7(12):298.

Mesa 12: Práctica Clínica

Session 12: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

DAVID BLANCO GUTIÉRREZ, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO, MARÍA MIANA ORTEGA, ANDREA LLORENTE CANO, JUAN GIL SANDOVAL, ELENA JIMÉNEZ GARCÍA, LUIS MIGUEL BLANCO ANCOS, ELENA CHAMORRO REBOLLO

TÍTULO/TITLE:

AUTOPERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN JUVENIL ACERCA DE SU ROL EN LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

Objetivos.

La pandemia producida por SARS-CoV-2 ha provocado la implantación de medidas extraordinarias que precisan de una responsabilidad social. El ocio de los jóvenes puede favorecer la transmisión del virus. El presente trabajo tiene como objetivo principal conocer la percepción de la población juvenil de la Comunidad de Madrid acerca de su rol en la evolución de la pandemia por SARS-CoV-2. Se plantean como objetivos específicos describir la utilización de las medidas de protección durante el tiempo de ocio, valorar el sentimiento de criminalización y opinión acerca de la existencia y gravedad de la infección, y conocer la experiencia y relaciones personales de los jóvenes en el contexto de la pandemia.

Método.

Estudio observacional, descriptivo, de carácter transversal con metodología cuantitativa, realizado a través de un cuestionario de elaboración propia heteroadministrado.

En el cuestionario se incluyeron las variables de observación directa cuyo registro realizó el investigador: lugar, número de individuos del grupo de potenciales participantes y consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias y empleo de medidas de protección frente a la infección por COVID-19. Además, se incluyeron variables cronológicas como el día y la hora, habilitando diferentes franjas horarias por su posible influencia en las respuestas. Finalmente se planteaban preguntas de tipo Likert y respuesta múltiple, con el fin de satisfacer los objetivos de la investigación.

Los participantes tenían edades comprendidas entre 16 y 26 años, que fueron divididas en tres franjas de edad que abarcan los menores de edad con capacidad autónoma para participar voluntariamente en el estudio (16–17 años) y mayores de edad divididos en dos franjas (18-21 y 22-26 años), en base a que los más mayores podrían tener un mayor nivel de conocimiento y/o responsabilidad social.

La investigación se llevó a cabo en tres ámbitos territoriales diferentes dentro la Comunidad de Madrid, tres distritos del municipio de Madrid, municipios de la corona metropolitana y localidades del medio rural.

Resultados.

Se obtuvieron 245 cuestionarios correspondientes a sujetos de entre 16 y 26 años, residentes en la Comunidad de Madrid. El grupo más numeroso fue el de 18 a 21 años, con 150 participantes, que representaron un 61,2% de la muestra. Y se dividió de forma paritaria entre hombres (51%) y mujeres (49%). El medio urbano con 130 participantes fue el más predominante dentro de la muestra (53,1%) y los estudiantes representaron el 76,33% de la muestra, siendo el grupo predominante (187 participantes) objetivándose que más de la mitad de la muestra cursaba o estaba en posesión de un título universitario (56,3%).

Un 35,5% de los participantes tenían la certeza o una elevada seguridad de haber padecido la infección por COVID-19. Además, el 27,8% refirió que una persona de su círculo íntimo había tenido una experiencia muy negativa (ingreso en UCI) o un desenlace fatal ocasionado por el virus. Más del 70% de los individuos de la muestra, durante su tiempo de ocio, se encontraban consumiendo bebidas alcohólicas, mientras eludían el uso de la mascarilla, en grupos que no superaban el número máximo de personas permitido por las Autoridades Sanitarias. Un 81,3% manifestó percibir un sentimiento intenso de criminalización, aunque también, un 6,1% reconoció un papel relevante en la aparición y/o transmisión de un brote por SARS-COV-2. Por último, un 58% de los participantes afirmaron que se habían planteado la posibilidad de no poder acceder a una estancia en cuidados críticos si se produjese el colapso del sistema sanitario derivado de la pandemia.

Discusión e implicaciones para la práctica clínica.

Los sujetos de la muestra de la población juvenil de la Comunidad de Madrid consideran que la infección por SARS-CoV-2 es una

patología relevante, que requiere para su control de la implementación de medidas extraordinarias. En la muestra, no se detectan posicionamientos negacionistas significativos, aunque reconocen que el cumplimiento de las medidas extraordinarias impuestas para la contención del virus les resulta problemático (70,6% de los encuestados) durante su tiempo de ocio. Además, la mayoría de los encuestados siente que no se valoran adecuadamente sus esfuerzos para controlar la transmisión del virus. Entre los factores que condicionan esta percepción se encuentran las situaciones definidas por los nuevos neologismos de “inofocación” y “fatiga pandémica”. No obstante, también se ha objetivado a través de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid que se han disparado los contagios entre jóvenes de 15 y 24 años lo que sugiere que es necesario incrementar la capacidad de autocrítica de este grupo poblacional. Los profesionales de Enfermería podrían contribuir a la concienciación de la población juvenil a través de campañas específicas dirigidas.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Mizumoto K, Chowell G. Estimating risk for death from coronavirus disease, China, January-February 2020. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 Apr 24];26(6):1251–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32168464/>
2. Sanders JM, Monogue ML, Jodlowski TZ, Cutrell JB. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review [Internet]. Vol. 323, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2020 [cited 2021 Apr 24]. p. 1824–36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32282022/>
3. Instituto de Salud Carlos III. Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España. *Red Nac Vigil Epidemiológica* [Internet]. 2020;1–11. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february->
4. Li F, Li Y-Y, Liu M-J, Fang L-Q, Dean NE, Wong GWK, et al. Household transmission of SARS-CoV-2 and risk factors for susceptibility and infectivity in Wuhan: a retrospective observational study. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 25];21:617–28. Disponible en: www.thelancet.com/infection
5. Davies NG, Klepac P, Liu Y, Prem K, Jit M, Pearson CAB, et al. Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. *Nat Med*. 2020;26(8):1205–11.
6. Lau MSY, Grenfell B, Thomas M, Bryan M, Nelson K, Lopman B. Characterizing superspreading events and age-specific infectiousness of SARS-CoV-2 transmission in Georgia, USA. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2020;117(36):22430–5.
7. Ades AS. La comunicación efectiva en relación a la sensibilización sobre el COVID-19 / The effective of health communication about the awareness of COVID-19 through social media [Internet]. Vol. 13, *Medicina Social*. 2021 Feb [cited 2021 Apr 25]. Disponible en: www.medicinasocial.info
8. Balluerka Lasa N, Gómez Benito J, Hidalgo Montesinos MD, Gorostiaga Manterola A, Espada Sánchez JP, Padilla García JL, Santed Germán MA. Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación. Universidad del País Vasco. 2020.

9. Sasangohar F, Jones SL, Masud FN, Vahidy FS, Kash BA, et al. Provider Burnout and Fatigue during the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned from a High-Volume Intensive Care Unit. *Anesth Analg* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 25];106–11. Disponible en: [/pmc/articles/PMC7173087/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37173087/)

AUTORES/AUTHORS:

Marta Ferraz-Torres, Nelia Soto, Leticia San Martin, Paula Escalada, Cristina Armijo, Raquel Aizcorbe

TÍTULO/TITLE:

Factores condicionantes de la ansiedad y dolor en el paciente pediátrico

INTRODUCCIÓN

El uso de procedimientos invasivos, tanto diagnósticos como terapéuticos en los pacientes pediátricos en el contexto hospitalario es muy frecuente; siendo predominantes las técnicas de venopunción y canulación intravascular (Cardozo et al., 2020). Estas técnicas producen dolor en los niños (Krauss et al., 2016; Toledo del Castillo et al., 2019), pudiendo generar situaciones de estrés y ansiedad, tanto en el paciente, como en las personas que los acompañan (Ali, McGrath, & Drendel, 2016; Bradford et al., 2019; Eijlers et al., 2019; Salas et al., 2020). Estos fenómenos biológicos, principalmente condicionados por factores psicológicos y del entorno han sido estudiados en los últimos años; centrando los esfuerzos de investigación en evaluar y desarrollar estrategias que mitiguen tanto el dolor como la ansiedad del usuario durante la realización de técnicas de uso frecuente, como son las técnicas de venopunción y canulación intravascular.

Estas medidas, como el uso de medidas físicas como la aplicación de frío o el dispositivo Buzzy® (caja vibratoria con sensación de frío opcional) (Ballard et al, 2019), la hipnosis o la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) combinada o las terapias respiratorias (Birmie et al, 2018) y/o la administración de fármacos pueden ser efectiva (Krauss et al, 2016); pero suelen resultar medidas limitadas en el tiempo y con gran variabilidad según el tipo de paciente pediátrico al que nos enfrentamos (Ferraz-Torres et al, 2021).

Por ello, es importante analizar y conocer los principales factores condicionantes biológicos y sociales que influyen en el incremento de la vivencia de dolor y ansiedad en el paciente pediátrico que se enfrenta a procesos invasivos o agresivos en el entorno hospitalario.

METODOLOGÍA

Para ello, se ha llevado a cabo este estudio prospectivo observacional durante un periodo de 6 meses donde se incluyeron una muestra total de 359 niños entre 2 y 15 años, atendidos en las unidades de extracción de sangre de consultas externas y servicio de urgencias pediátricas de nuestro hospital terciario, el Complejo Hospitalario de Navarra; referente en la atención pediátrica de la región de Pamplona, Navarra.

Se recogieron datos sobre edad de los niños, sexo, presencia de acompañante, el tipo de visualizador de venas (infrarrojos o ecoguiado) y el tipo de abordaje venoso (extracción sanguínea o canalización vascular).

La variable dolor se midió utilizando la escala visual analógica con dibujos faciales, Escala Facial de Dolor (Faces Pain Scale) de Wong-Baker (Miro, 2005; Naegeli, 2018). Consta de seis caras dibujadas con puntuación de 0, 2, 4, 6, 8, 10, y van desde una cara sonriente para ningún dolor (0 puntos) hasta una cara llorosa para el peor dolor posible (10 puntos). Para medir el dolor en pacientes menores o que no colaboraban se utilizó la escala estandarizada FLACC: Face, Leg, Activity, Cry and Consolability (Manworren, 2003; Hummel, 2017). En esta escala se miden los cinco aspectos que dan nombre a la escala; la expresión de la cara, la movilidad de las piernas, la actividad, el llanto y la posibilidad de consolar al niño. Cada uno de esos criterios se valora entre 0, 1 y 2, por lo que la puntuación total de la escala varía entre 0 y 10. Estas puntuaciones se interpretaron como: 0 = relajado y cómodo, 1-3 = molestia leve, 4-6 = dolor moderado, 7-10 = severo malestar / dolor. El coeficiente alfa de Cronbach (α) para medir la fiabilidad de la escala resultó de α=0.882 (Voepel-Lewis, Zanotti, Dammeyer, & Merkel, 2010).

Para la medición del nivel de ansiedad de los pacientes pediátricos y sus padres se empleó la escala PACBIS (Perioperative Adult and Child Behavioral Interaction Scale), método seleccionado por su gran validez y alto nivel de especificidad para la detección de estrés en el paciente pediátrico (Sadhasivam et al., 2010). Esta escala contiene cuatro dimensiones que hace referencia a los comportamientos observables más característicos en el niño o en los padres : la ansiedad del niño que se evalúa con la sub-escala

estrés en el niño (Child distress); el afrontamiento del niño que se evalúa con la sub-escala afrontamiento del niño (Child coping); las actitudes de los padres que promueven el estrés del niño se evalúan con la subescala conducta del padre o la madre valorándose como reactiva o bloqueada (Parent Negative) y las actitudes de los padres que promueven el afrontamiento del niño se evalúan con la subescala conducta de la madre o padre proactiva o colaboradora (Parent Positive). Cada dimensión se puntúa entre 0, 1 o 2 (Sadhasivam et al., 2010).

La recogida de datos se llevó a cabo por el equipo de profesionales colaboradores del grupo investigador; 4 enfermeras formadas y responsables de llevar a cabo el procedimiento y registro de variables in situ, que colaboraron en la obtención de datos sin interferir durante la realización del procedimiento y asegurando una recogida de datos veraz, uniforme y sistemática.

En primera instancia se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables a estudio, utilizando la media y la desviación estándar (DE) en el caso de variables de naturaleza cuantitativa y la frecuencia y porcentaje en el caso de variables de naturaleza cualitativa. Posteriormente se procedió a la realización de los análisis inferenciales. En primer lugar, se verificó la homogeneidad de grupos, mediante la aplicación del test de la t de Student, para comparar dos medias, en el caso de la edad, el tiempo y el dolor y de la Chi-cuadrado, para comparar el sexo, la presencia de acompañante y el tipo de abordaje venoso. En segundo lugar, se compararon las variables de resultado entre los dos grupos, utilizando para ello la regresión lineal múltiple en el caso de variables cuantitativas (tiempo utilizado y dolor) y la regresión logística múltiple en el caso de variables dicotómicas (ansiedad de niños y padres y ansiedad del profesional). En ambos casos, la variable dependiente fue la variable de resultado, el grupo de pertenencia la variable independiente y la edad la variable de control, siendo esta última variable la única que no demostró una homogeneidad entre ambos grupos. En todas las regresiones se utilizó el método "intro" para la introducción de las variables al modelo. La significación estadística se ha establecido en 0,05. Todos los análisis han sido llevados a cabo con el programa estadístico SPSS v. 25. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Navarra (Pyto 2018/52). Se informó verbalmente y por escrito a los tutores legales y a los pacientes pediátricos de edad escolar; aceptando su libre participación en el estudio y firmando el correspondiente consentimiento informado.

RESULTADOS

La edad promedio de los participantes fue de 7,93 años (DE: 4,04), siendo el 51,8% (n = 186) niños y el 48,2% (n = 173) niñas. El valor medio de dolor registrado fue 4,43 (DE: 3,10). El 45,7% (n = 123) de las técnicas de punción venosa se asoció con un nivel mínimo de ansiedad, incluido el 11,1% de cateterismo intravenoso. Se han detectado variables determinantes del nivel de ansiedad. Los principales marcadores de dicha variación resultó ser la edad y el sexo del paciente.

Asimismo, otros factores como la conducta de los padres y el tiempo de duración del procedimiento, resultaron tener una influencia importante sobre el nivel de estrés del paciente pediátrico.

CONCLUSIONES

Los pacientes pediátricos experimentan altos niveles de ansiedad cuando se someten a procedimientos dolorosos que están condicionados por motivos multifactoriales.

Este nivel de estrés puede variar según diversos cofactores: la edad y el sexo del paciente; siendo más probable la presencia de nivel elevado de ansiedad en pacientes de edades más avanzadas y en el sexo femenino.

Otros elementos condicionantes de un mayor nivel de estrés son la duración de la técnica y la actitud del acompañante (padre o madre) durante el procedimiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Attie GA, Flumignan CDQ, Silva MAM, et al. What do Cochrane systematic reviews say about ultrasound-guided vascular access?. Sao Paulo Med J. 2019;137(3):284-291. Published 2019 Aug 29. doi:10.1590/1516-3180.2019.0113070519
- Atzori B, Hoffman HG, Vagnoli L, et al. Virtual Reality Analgesia During Venipuncture in Pediatric Patients With Onco-Hematological

Diseases. *Front Psychol.* 2018;9:2508. Published 2018 Dec 20. doi:10.3389/fpsyg.2018.02508

Ballard, A., Khadra, C., Adler, S., Doyon-Trottier, E., & Le May, S. (2018). Efficacy of the Buzzy® device for pain management of children during needle-related procedures: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 7(1), 1–7.

<https://doi.org/10.1186/s13643-018-0738-1>

Eijlers, R., Utens, E. M. W. J., Staals, L. M., de Nijs, P. F. A., Berghmans, J. M., Wijnen, R. M. H., Legerstee, J. S. (2019). Systematic Review and Meta-analysis of Virtual Reality in Pediatrics: Effects on Pain and Anxiety. *Anesthesia & Analgesia*, 129(5). Retrieved from https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2019/11000/Systematic_Review_and_Meta_analysis_of_Virtual.25.aspx

Fillingim, R. B. (2017). Sex, gender, and pain. In M. J. Legato (Ed.), *Principles of Gender-Specific Medicine* (pp. 481–496). Retrieved from <https://www.elsevier.com/books/principles-of-gender-specific-medicine/legato/978-0-12-803506-1>

Ferraz-Torres M, Escalada-Hernandez P, San Martín-Rodríguez L, Delarosa R, Saenz R, Soto-Ruiz MN. Predictive factors for anxiety during blood sampling and insertion of peripheral intravenous catheters in paediatric patients in Spain. *J Pediatr Nurs.* 2021 Apr 28:S0882-5963(21)00112-3. doi: 10.1016/j.pedn.2021.04.009. Epub ahead of print. PMID: 33931258.

Galván Guzman, E. Z., & Chacon Yance, Y. W. (2019). Efectividad del uso de dispositivos de imagen vascular infrarrojo y ultrasonido en la canalización de acceso venoso periférico comparado con la técnica tradicional para reducir el número de intentos de punción en pacientes pediátricos.

Mesa 13: Práctica Clínica y Gestión

Session 13: Clinical Practice and Management

AUTORES/AUTHORS:

Glòria Reig Garcia, Sandra Gelabert Vilella, Maria Carme Malagón Aguilera, Anna Bonmatí Tomàs, Cristina Bosch Farré, Dolors Juvinyà Canal

TÍTULO/TITLE:

Continuidad asistencial: percepción de las enfermeras sobre la información de la alta enfermera. Estudio descriptivo

Introducción:

La continuidad asistencial se define como la capacidad de los servicios sanitarios para ofrecer un objetivo asistencial común, independientemente del lugar y momento en que la persona sea atendida (1). Ésta se integra en 3 áreas: continuidad de acceso, continuidad de gestión y continuidad de información (2,3).

El informe de alta enfermera (IAE) es un documento estandarizado que incluye clara, estructurada y resumidamente los procesos necesarios para la continuidad de cuidados una vez el o la usuario/a abandona el hospital (4) favoreciendo la comunicación entre niveles asistenciales (5). La mayoría de estudios sobre IAE se centran en en la experiencia del/la usuario/a (6), existiendo poca evidencia de la valoración que hacen las enfermeras (7).

El objetivo del estudio fue conocer la percepción de las enfermeras sobre la continuidad de información del IAE, así como explorar las preferencias de las enfermeras en la comunicación entre niveles asistenciales.

Metodología:

Se realizó un estudio descriptivo transversal. El estudio reclutó a un total de 639 participantes, que representan el 100% de los profesionales de enfermería que trabajan en los centros participantes: dos hospitales, 13 centros de atención primaria (AP), seis residencias de ancianos y 4 centros de salud mental de la Región Sanitaria de Girona (Catalunya).

Se desarrolló un cuestionario ad hoc, anónimo y autoadministrado, y adaptado a las características de cada ámbito asistencial. Las variables se organizaron en tres apartados: (a) variables sociodemográficas, (b) variables relacionadas con la percepción de la continuidad de información y (c) variables relacionadas con las preferencias de comunicación.

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (v.21.0, IBM Corp. Released, 2012). El nivel de significancia (p) se estableció como $p < 0.05$.

Las variables continuas se describieron como media y medidas de dispersión (desviación estándar, mediana y rango intercuartílico). Las variables categóricas se describieron en términos de frecuencia absoluta y porcentaje. Se realizó un análisis bivariante.

Resultados:

La muestra final incluyó a 437 enfermeras (68,4%). De estas, el 92,4% (n=404) eran mujeres. La edad promedio de las enfermeras fue de 40,5 (DE 10,7) años. En total, el 69,1% (n=302) tenía una relación laboral permanente y el 30,9% (n=135) una relación laboral temporal. En cuanto a la función, el 93,4% (n=408) eran enfermeras asistenciales, el 5,1% (n=22) eran enfermeras con responsabilidades de gestión y el 1,5% (n=7) eran enfermeras con roles de práctica avanzada (enfermera de enlace o enfermera gestora de casos).

El 58% de las enfermeras consideraron que el IAE era seguro para la continuidad de información entre niveles asistenciales, especialmente cuando éste era visible a través de la historia clínica compartida (62,9%). Las mujeres (72,7%), las enfermeras de instituciones públicas (67,4%) y del ámbito de salud mental (77,7%) consideraban que el informe garantizaba la continuidad de información ($p < 0,001$). Los enfermeros (51,9%), las enfermeras que trabajaban en instituciones privadas (34,1%), en el ámbito sociosanitario (41,2%) y aquellas con roles de enlace (28,6%) consideraban que la continuidad asistencial era más segura mediante una llamada telefónica ($p < 0,001$).

En relación a las preferencias a la hora de comunicarse, el 73% de las enfermeras consideraba la vía telefónica, especialmente las enfermeras de la Atención Primaria rural (85%; $p < 0,001$) y del ámbito sociosanitario (64,7%; $p < 0,001$), y sólo el 10% consideraba el IAE escrito.

Discusión:

La continuidad de información es esencial para una atención segura entre ámbitos (8) y el IAE demuestra capacidad para transmitir esta información (5). Los resultados de estudio muestran el reconocimiento de las enfermeras en la seguridad de la continuidad de información a través del IAE escrito, disminuyendo esta percepción entre las enfermeras de instituciones privadas. El hecho de que algunas instituciones privadas no compartan los IAE a través de plataformas digitales comunes entre ámbitos, podría ser la explicación (9). Las enfermeras de enlace y que trabajan en el ámbito sociosanitario consideran que la llamada telefónica es más segura para la continuidad de información. Estas habitualmente trabajan con personas frágiles, siendo más importante una comunicación más directa ante este perfil de pacientes

Conclusiones:

El IAE garantiza la continuidad de información, sobre todo si está disponible de forma digital y en plataformas comunes entre niveles asistenciales. Sin embargo, son necesarias estrategias para mejorar la percepción de las enfermeras sobre la comunicación mediante el IAE, reservando la llamada telefónica para las personas atendidas en situación de fragilidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., & Mc Kendry, R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal* 2003, 327: 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- 2-Bahr, S.J., & Weiss, M.E. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice* 2018, 25(2). <https://doi.org/10.1111/ijn.12704>
- 3-Meiqari, L., Al-Oudat, T., Essink, D., Scheele, F., & Wright, P. How have researchers defined and used the concept of continuity of care for chronic conditions in the context of resource-constrained settings? A scoping review of existing literature and a proposed conceptual framework. *Health Research Policy and Systems* 2019 17, 27. <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0426-1>
- 4-Halm, M. Nursing handoffs: Ensuring safe passage for patients. *American Journal of Critical Care*, 2013, 22(2): 158–162. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013454>
- 5-Aller, M. B., Vargas, I., Waibel, S., Coderch-Lassaletta, J., Sánchez-Pérez, I., Llopart, J. R., Colomé, L., Ferran, M., Garcia-Subirats, I., & Vázquez Navarrete, M. L. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. *Gaceta sanitaria* 2013, 27: 207-213. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.06.011>
- 6-Poremski, D., Harris, D. W., Kahan, D., Pauly, D., Leszcz, M., O'Campo, P., & Stergiopoulos, V. Improving continuity of care for frequent users of emergency departments: Service user and provider perspectives. *General Hospital Psychiatry*, 2016, 40: 55–59. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.01.004>
- 7-Hayajneh, A.A., Hweidi, I.M., & Abu Dieh, M.W. Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review. *Nursing Open*, 2020, 7: 1313– 1320. <https://doi.org/10.1002/nop2.547>
- 8-Winfield, A., & Burns, E. Let's all get home safely: a commentary on NICE and SCIE guidelines (NG27) transition between inpatient

hospital settings and community or care home settings. *Age and Ageing*, 2016, 45 (6): 757–760,
<https://doi.org/10.1093/ageing/afw151>

9-Aguilar, R., Bolta, M., Gahete, A., Saz, M. La comunicación en enfermería: el canal hacia la satisfacción profesional. Estudio comparativo entre profesionales. <http://diposit.ub.edu>

AUTORES/AUTHORS:

Marco Aldonza-Torres, María Belén González Odériz, Miren Ros Añón, Olaia Torres Erice, Estíbaliz Pascal Espinosa, Amaia Melero Lacasia, Arantza Ruiz de las Heras de la Hera

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN PERSONAS INCLUIDAS EN LISTA DE ESPERA PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN NAVARRA

INTRODUCCIÓN

La obesidad supone hoy en día un problema para la salud pública tanto por el aumento de su prevalencia, como por las comorbilidades que se asocian a la obesidad. La prevalencia de obesidad en España ha experimentado un aumento significativo en los últimos años. En el año 2000 la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) estimó la prevalencia de obesidad en España, obteniendo que el 14.5% de la población padecía obesidad (1). En 2005, el estudio DORICA obtuvo una prevalencia de obesidad del 15.5% en la población general adulta (2). El estudio ENRICA realizado en 2008 obtuvo una prevalencia de obesidad del 22.9% en la población (3). El estudio de prevalencia de la obesidad más reciente, el estudio ENPE de 2016, estima la prevalencia de la obesidad en 21.6%, siendo ésta mayor en varones que en mujeres (22,8% frente a 20,5%) (4). A estas elevadas tasas de prevalencia de obesidad hay que añadir el riesgo para la salud que conlleva, puesto que el aumento de peso está asociado a mayor mortalidad por todas las causas (5,6), así como aumento de la morbilidad, especialmente enfermedades como hipertensión, diabetes o síndrome de apnea o hipopnea obstructiva del sueño (7). Todo ello provoca un detrimento de la calidad de vida de la persona que padece obesidad (8).

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida de pacientes con obesidad mórbida y extrema en lista de espera para cirugía bariátrica mediante el cuestionario de calidad de vida EQ 5D-5L y comparar los resultados con la calidad de vida de la población general evaluada en la encuesta de salud de 2012.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, longitudinal, analítico, con pacientes con obesidad mórbida y extrema a los que se les ha propuesto la cirugía bariátrica como tratamiento de la obesidad. Los criterios de selección fueron pacientes incluidos en lista de espera para cirugía bariátrica, mayores de edad, con índice de masa corporal (IMC) superior a 40 o superior a 35 con comorbilidades asociadas como la hipertensión (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia (DLP) o síndrome de apnea y/o hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) y que desearan voluntariamente participar en el estudio firmando el consentimiento informado. Se ha excluido pacientes con barreras idiomáticas que dificultasen una comunicación eficaz (barrera idiomática, imposibilidad para comunicarse, alteración del lenguaje). Se ha incluido consecutivamente a todos los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario de Navarra para ser sometidos a cirugía bariátrica entre noviembre de 2020 y mayo de 2021. Las variables estudiadas incluyeron edad, sexo, antecedentes personales (HTA, DLP, DM, SAHOS), tensión arterial sistólica (TAS), diastólica (TAD) y media (TAM), frecuencia cardíaca (FC), peso máximo y peso actual en el momento de la entrevista, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal y perímetro de la cadera. La calidad de vida se ha evaluado mediante el cuestionario EQ 5D-5L desarrollado por el EUROQOL, que evalúa 5 dimensiones distintas en cinco niveles. En los tres primeros, que son movilidad, autocuidado y actividades cotidianas, valora la presencia de problemas en cinco niveles (ningún problema, problemas leves, moderados, graves o imposibilidad total para realizar la actividad). La cuarta dimensión es el dolor, distinguiendo los niveles: ningún dolor, dolor leve, moderado, fuerte o extremo. De la misma manera valora la quinta dimensión, la ansiedad o depresión (ausencia, ansiedad o depresión leve, moderada, fuerte o

extrema). Por último, cuenta con una escala visual analógica (EVA) para puntuar de cero a cien el estado de salud auto percibido por el individuo, siendo cero el peor estado de salud imaginable y cien el más alto.

Los datos han sido analizados mediante el software R. Se ha realizado un análisis descriptivo utilizando medias aritméticas para las variables continuas y porcentajes para las variables categóricas. Se ha utilizado el test exacto binomial para la comparación de la proporción de individuos que declaran tener problemas en las 5 variables estudiadas entre los sujetos del estudio y los resultados de la población general de España y Navarra obtenida en la encuesta de salud de 2012. DE la misma manera, las medias obtenidas en los sujetos del estudio y la encuesta nacional de salud se han comparado mediante el test de la t de Student. El nivel de significación fue de 0.05.

RESULTADOS

Un total de 22 pacientes fueron incluidos en el estudio. La edad media de los participantes fue de 50.5 años. El 13.6% de los individuos del estudio fueron varones, mientras que el 86.4% fueron mujeres. El 50% de los individuos de la muestra padecían HTA, el 45.5% padecía DLP, el 27.3% padecía DM y el 68.2% padecía SAHOS. El peso medio de los participantes del estudio fue de 119.4 kilos con un peso máximo medio de 129.5kg, mientras que el IMC medio fue de 45.3. El perímetro de cintura medio fue de 130.9 centímetros, y el de cadera 138.0 cms, arrojando un índice cintura-cadera medio de 0.96. Un 72.73% de los individuos declaró tener problemas en la dimensión de movilidad, un 59.09% afirmó tener problemas en el autocuidado, un 63.64% reconoció padecer problemas en la realización de actividades cotidianas, mientras que un 77.27% declaró padecer algún tipo de dolor de diferente intensidad y un 63.64% confesó padecer ansiedad o depresión. Al comparar la proporción de individuos que declaran tener problemas en cualquiera de las dimensiones frente a los obtenidos en la encuesta de salud de la población de España y Navarra, se han encontrado diferencias significativas tanto en la dimensión de movilidad (72.73% en el estudio frente a 14.28% en España y 11.78% en Navarra, p-valor<0.001), autocuidado (59.09% frente a 6.22% y 4.06%, p<0.001), actividades cotidianas (63.64% frente a 11.14% y 8.9%, p<0.001), dolor (77.27% frente a 25.45% y 21.12%, p<0.001) y ansiedad (63.64% frente a 15.03% y 14.01%, p<0.001). La media de puntuación EVA del estado de salud auto percibido en la muestra del estudio fue de 50.23. Del mismo modo, se encontraron diferencias significativas al compararlo con la puntuación obtenida en la encuesta de salud en la población de España y Navarra (50.23 frente a 77.53 de España y 77.49 de Navarra, p<0.001).

DISCUSIÓN

El 86.4% de los participantes del estudio fueron mujeres, lo cual parece estar en contraposición del estudio ENPE que afirma que la obesidad es más común entre los hombres. Este dato puede explicarse debido a que la muestra ha sido obtenida a partir de pacientes incluidos en lista de espera para cirugía bariátrica. Otros estudios también han obtenido un porcentaje mayor de mujeres con obesidad incluidas en lista de espera para cirugía bariátrica, como el de Alcaraz-García et al donde el 77.3% de los pacientes intervenidos en cirugía bariátrica fueron mujeres (9). Sería aconsejable analizar posibles explicaciones a este predominio de pacientes femeninas en la cirugía bariátrica, como podría ser una mayor preocupación por la salud en comparación con los hombres o el fracaso de otros enfoques no quirúrgicos para el tratamiento de la obesidad. El predominio significativo de mujeres en el presente estudio puede suponer un sesgo a la hora de comparar con la población general, donde la representación de cada género se distribuye de manera más uniforme y no se observa un predominio tan marcado en la frecuencia de un género sobre el otro. La obesidad podría tener un efecto negativo sobre la calidad de vida, según los resultados de este estudio. Una proporción significativamente mayor de individuos refieren tener más problemas o limitaciones tanto en la deambulación, como en el autocuidado y en las actividades básicas de la vida diaria, de la misma manera que una mayor proporción refiere vivir con dolor y ansiedad frente a la población general. Estas consideraciones deberían ser tomadas a la hora de prestar cuidados, procurando individualizar la atención adecuándola a las necesidades de los pacientes con obesidad. La percepción del estado de salud también se ve alterada en los pacientes con obesidad, percibiendo su salud significativamente peor que en la población general. No obstante,

este estudio ha realizado un análisis univariante con los resultados del cuestionario EQ 5D-5L. Este hecho puede actuar como sesgo, puesto que debido a limitaciones del estudio (se desconocen las características clínicas y sociodemográficas de la población incluida en la encuesta nacional de salud de 2012) es imposible realizar un análisis multivariante, controlando posibles variables que podrían actuar como variables de confusión. Sería necesario realizar más estudios que confirmasen el impacto de la obesidad en la calidad de vida de los individuos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Majem LS, Barba LR, Izquierdo JQ, Vioque J, et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(16):608-12.
2. Aranceta-Bartrina J, Serra-Majem L, Foz-Sala M, Moreno-Esteban B, Grupo Colaborativo SEEDO. Prevalencia de obesidad en España. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(12):460-6.
3. Gutiérrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Graciani A, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008-2010: The ENRICA study. *Obes Rev*. 2012;13(4):388-92.
4. Aranceta-Bartrina J, Perez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, Lazaro-Masedo R. Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española: estudio ENPE. *Rev Española Cardiol*. 2017;69(6):579-87.
5. Cameron A, Magliano D, Shaw J, Zimmet P, Carstensen B, Alberti K. The influence of hip circumference on the relationship between abdominal obesity and mortality. *Int J Epidemiol*. 2012;41:484-94.
6. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: Collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009;373:1083-96.
7. Grimble RF. The true cost of in-patient obesity: Impact of obesity on inflammatory stress and morbidity. *Proc Nutr Soc*. 2010;69(4):511-7.
8. Slagter SN, Van Vliet-Ostaptchouk J V., Van Beek AP, Keers JC, Lutgers HL, Van Der Klauw MM, et al. Health-Related quality of life in relation to obesity grade, type 2 diabetes, metabolic syndrome and inflammation. *PLoS One*. 2015;10(10):1-17.
9. García AMA, Márquez MF, Carreño TP. Calidad de vida en los pacientes obesos y su cambio tras cirugía bariátrica a medio y largo plazo. *Nutr Hosp*. 2015;31(5):2033-46.

AUTORES/AUTHORS:

José Ángel Rubiño Díaz, Mónica Mequeda Palau, Sergio Jiménez Piña, María Antonia Palou Oliver, Juan Manuel Gavala Arjona, Pilar Andreu Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Situación de la investigación enfermera en un hospital de nivel III

Objetivo: Conocer las motivaciones y conocimientos de los profesionales de la enfermería hacia la investigación.

Métodos. Estudio observacional descriptivo transversal. Participaron de forma voluntaria 118 enfermeros/as del Hospital Universitario Son Espases en Palma de Mallorca. Se utilizó un cuestionario validado, autoadministrado y online que consta 58 ítems que evaluaban: la organización de la vida personal y profesional, conocimientos y preparación, recursos disponibles y apoyos, desarrollo profesional y motivaciones. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

Resultados. Se contestaron 70 cuestionarios. El 62,9% (44) fueron mujeres y el 37,1%(26) eran hombres. El 35,7% tenían edades entre 41 y 50 años. Un 69% llevaban más de 10 años trabajando como enfermeras/os. Sólo un 4,2% se habían doctorado. Un 47,9% recibieron formación pregrado sobre investigación un 52, 1% realizaron formación posgrado. En cuanto a qué piensan lo profesionales de enfermería sobre las áreas a evaluar destacaban los siguientes resultados: Tiempo y organización. Un 64,8%: para investigar es necesario dedicar mucho tiempo y esfuerzo fuera del horario laboral; 47,9%: las obligaciones personales son un obstáculo para investigar; 57%: no dispone de tiempo suficiente para investigar durante la jornada laboral; 46,5%: la carga asistencial es un motivo que obstaculiza dedicar tiempo a investigar y el 50,7%: parte del tiempo de la jornada laboral debería emplearse para investigar. Conocimientos y preparación. Un 49,3%: se debe leer revistas científicas con frecuencia; 43,7%: la formación es insuficiente para la investigación enfermera; 47,9%: se debe realizar cursos de formación postgrado sobre investigación; 60,6%: los planes de estudio deben incluir formación en investigación y un 76,1%: los/as enfermeros/as están capacitados/as para investigar. Recursos disponibles y apoyos. Un 52,1%: tienen acceso a fuentes de información para investigar en el trabajo; 38%: se necesitan recursos económico difíciles de conseguir y el 49,3%: en el puesto de trabajo tienen acceso a la literatura científica. Desarrollo profesional. El 50,7%: está dispuesto a colaborar en trabajos de investigación; un 73,2%: investigar aporta beneficios a la práctica asistencial; 47,9% (34): está totalmente en desacuerdo que enfermería no encuentra campos interesantes para investigar y un 63,4%: investigar mejora el reconocimiento de la profesión enfermera. Motivaciones. Un 53,5%: estar motivado en el trabajo anima a investigar; el 47,9%: les interesan los trabajos de investigación que se desarrollan en el su centro de trabajo y un 39,4%: el subir un nivel de carrera profesional es un aliciente para investigar.

Discusión. Los/as enfermeros/as piensan que se necesita mayor tiempo y organización para investigar y es fundamental ampliar los conocimientos y preparación en el ámbito de la investigación. Se requiere mayor apoyo institucional y recursos para la investigación, impulsar la investigación tendrá un impacto sobre el desarrollo profesional y las motivaciones de los profesionales de enfermería en la búsqueda de la evidencia en los cuidados. Estos aspectos provocará una mejora de la seguridad, atención y cuidados a los pacientes, por tanto, acercarnos a la excelencia de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

AlMadani, N., Alkhalaf, M., AlZawad, F., & Alharbi, N. (2019). Exploring the Perception of Nursing Research Held by Hospital Leaders. *American Journal of Nursing*, 7(5), 811-816.

Cepeda, J. M., San Román, M. J., Vaca, V., Álvarez, C., Millán, B., & Pascual, S. M. (2009). Validación de un cuestionario sobre la motivación hacia la investigación en enfermería. *Revista Enfermería C y L*, 1(2), 30-9.

Gortner, S. R. (1983). The history and philosophy of nursing science and research. *Advances in Nursing Science*, 5(2), 1-8.

- Hagan, J., & Walden, M. (2017). Development and evaluation of the barriers to nurses' participation in research questionnaire at a large academic pediatric hospital. *Clinical nursing research*, 26(2), 157-175
- Morales Asencio, J. M. (2017). Investigación en cuidados en España: la voluntad de las enfermeras, la voluntad política y el impacto en la población. *Enfermería Clínica*, 27(5), 269-270.
- Ortuño-Soriano, I., Posada-Moreno, P., & Fernández-del-Palacio, E. (2013). Actitud y motivación frente a la investigación en un nuevo marco de oportunidad para los profesionales de enfermería. *Index de Enfermería*, 22(3), 132-136.

Mesa 14: Condiciones crónicas y cuidadores

Session 14: Chronic condition and caregivers

AUTORES/AUTHORS:

Rosa Simó Sanchis, M^a José Hidalgo Sevilla, Rosa Díaz Veliz, Paz Rodríguez Castellanos, Neus Bosch Sierra, Daniel Álvarez Vaca, Isidro García Salvador, Encarna Chisbert Alapont, Clara Hurtado Navarro

TÍTULO/TITLE:

Cuidando personas con disfagia.

Objetivos

Describir características de las personas que ingresan en el hospital con neumonía por broncoaspiración.

Analizar características de los/as cuidadoras de las personas incluidas en el estudio.

Metodología

Estudio observacional prospectivo en el Hospital Dr. Peset desde el 1/01/2021 al 20/04/2021. Se recogieron datos mediante exploración clínica y entrevista a la/el paciente (edad, sexo, índice de Barthel, comorbilidades e ingresos hospitalarios en el último año) y cuidador/a principal (edad, sexo, relación con el/la paciente, test de Zarit reducido, horas de dedicación al cuidado y de sueño). Se recogió la presencia de disfagia en el episodio, la disfagia previa percibida por el/la cuidadora y la diagnosticada mediante el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V). El análisis descriptivo utilizó las frecuencias, mediana y rango intercuartílico. Las diferencias se analizaron con la U de Mann-Whitney y Chi- Cuadrado. La significación estadística se estableció en 0.05. Se obtuvo la aprobación del comité ético del Departamento. Resultados

Se analizan datos de 47 personas (49% mujeres). La mediana de edad fue mayor en las mujeres (91 vs. 83; $p > 0.001$). El 81% presentaban alguna enfermedad neurológica degenerativa y el 75% dependencia total o grave para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel 3 [RIQ 0-40]). El 56% sufrió un ingreso hospitalario o más en el último año y el 16.7% algún episodio de neumonía aspirativa. Presentaban disfagia 44 personas (95.7%), sólo el 32.5% se había diagnosticado previamente. El 68,2% había sido percibida por el/la cuidadora.

Las cuidadoras fueron mujeres en el 70% de los casos: cónyugue (17%) hijo/a (46.8%) y profesional (23.4%). El 53.5% dedica al cuidado 24 horas diarias. Sólo un 44.9% recibe ayuda y el 48,8% no dispone de tiempo de ocio fuera del hogar.

El 70 % de las mujeres y el 23.1% de los hombres percibían ingresos > 900 €/mes ($p = 0.002$). Las mujeres tenían mayores cargas familiares (otro adulto) que los hombres (87.5% vs 12.5%; $p = 0.028$) y entre los no profesionales sufrían mayor sobrecarga subjetiva del cuidador (84.0% vs. 16.0%; $p = 0.000$)

Discusión

Las personas con neumonía por broncoaspiración tienen una edad avanzada y presentan disfagia asociada a patologías neurológicas degenerativas, que generan una gran dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Esto exige una gran dedicación al cuidado por parte de las personas cuidadoras, causando sobrecarga del cuidador/a. El cuidado recae sobre todo en mujeres, con otras cargas familiares, escasos ingresos económicos y sin tiempo para disfrute de ocio personal.

Implicaciones para la práctica.

La disfagia no siempre es percibida, generando ingresos y neumonías de repetición. Se requieren estrategias de gestión de casos para los/as ancianas se cuiden en su domicilio con seguridad, y programas de intervención dirigidas a cuidadores, que proporcionen recursos para la detección de la disfagia y la prevención de la broncoaspiración y del cansancio del rol del cuidador.

Las/os autoras/es declaran no tener ningún conflicto de intereses.

El estudio ha sido financiado por la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (Fisabio).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

AUTORES/AUTHORS:

Ana María González Doménech, Rosa Simó Sanchis, Clara Hurtado Navarro, Paz Rodríguez Castellano, M^o José Hidalgo Sevilla, Rosa Díaz Veliz, Beatriz Selva Villazala, Encarna Chisbert Alapont, Isidro Isidro García Salvador

TÍTULO/TITLE:

Disfagia tras intubación orotraqueal. Factores relacionados.

OBJETIVOS

La prevalencia de la disfagia orofaríngea (DOF) secundaria a la vía aérea artificial, no se encuentra bien definida. Se ha observado que tras las primeras 24 horas tras la decanulación se producen aspiraciones debido a la ausencia de reflejo tusígeno en estos (1). La DOF se relaciona con una mayor estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y un mayor tiempo en la retirada de la ventilación mecánica invasiva (VMI) (2).

Objetivos:

1. Descripción de las personas que han recibido VMI en la UCI del Hospital Universitario Doctor Peset (HUDP)
2. Determinar la incidencia de DOF en pacientes que han recibido VMI en la UCI del HUDP y factores relacionados con la misma.
3. Describir la relación entre la presencia de DOF al alta de UCI y la mortalidad.

METODOLOGÍA

Estudio analítico observacional retrospectivo en el que se estudia la incidencia de DOF en pacientes que han recibido VMI en la UCI del HUDP y factores relacionados con la misma en el período del 01/01/2020 al 28/02/2021.

Población de estudio: Mayores de 18 años ingresados en la UCI del HUDP sometidos a VMI.

Criterios de exclusión: Pacientes sometidos a VMI menos de 24 horas.

Fuente de los datos: Revisión de historia clínica electrónica.

VARIABLES DE ESTUDIO

1. Relacionadas con el/la paciente:

- Sexo
- Edad
- Disfagia previa
- Comorbilidades:

- o Ictus
 - o Parkinson
 - o Alzheimer
 - o Otros tipos de demencia
 - o Otras enfermedades neurodegenerativas
 - o Patología oncológica de cabeza y cuello
 - o Fragilidad del anciano
 - o Patología Psiquiátrica
2. Relacionadas con el ingreso
- Diagnóstico principal al ingreso en UCI
 - Días de estancia hospitalaria y en UCI:

- Días de IOT y VMI en la UCI
- Diagnóstico de SARS-COVID-19
- Decúbito prono
- Sesiones de decúbito prono
- Mortalidad hospitalaria y a los 28 días del alta hospitalaria

3. Relacionadas con la disfagia:

- Disfagia post-IOT:

o Percibida: aquella en la que aparece reflejada tras el inicio de ingesta oral como dificultad en la deglución, pero no ha sido diagnosticada objetivamente. Es decir, aparecen complicaciones con el inicio de la ingesta oral o dieta adaptada (fácil masticación, túrmix, espesantes, etc)

o Diagnosticada: objetivada s mediante el método de la Exploración Clínica Volumen-Viscosidad MECV-V (3)

- Duración de la disfagia tras la extubación:

o Al alta de UCI

o Al alta hospitalaria

Tratamiento estadístico

Se utilizaron frecuencias, mediana y el rango intercuartílico (RIQ) para el análisis descriptivo y la U de Mann-Whitney para las diferencias entre grupos. En las variables categóricas se usó el test Chi-Cuadrado.

El nivel de significación estadística se estableció en el 5% ($p < 0,05$).

Aspectos éticos

Se solicitó la exclusión del requisito de consentimiento informado, ya que el estudio se llevó a cabo de forma retrospectiva

Los datos obtenidos se mantendrán bajo estricta confidencialidad según l criterios establecidos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, además de la Declaración de Helsinki, Seúl 2008 y las Directrices de la buena práctica clínica (CPMP/ICH/135/95). Se obtuvo la aprobación del CEIM en abril del 2018.

RESULTADOS

Descripción de las personas que han recibido VMI en la UCI del HUDP

Las personas que recibieron VMI en la UCI del HUDP fuero 42, de las que 15 (35,7%) fueron de género femenino y 27 (64,3%) masculino. La mediana de edad fue de 63 años, con un rango intercuartílico (RIQ) de 55-71. La persona más joven tenía 27 años y la más anciana 86.

No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres respecto a la edad, siendo la mediana de edad en mujeres de 63 años y en hombres de 61. Tampoco en los días de estancia en UCI, estancia hospitalaria y el número de comorbilidades.

El 21,4% de las personas presentaba 1 comorbilidad (3 enfermedad psiquiátrica, 1 parkinson, 2 ictus, 2 patología oncológica otorrinolaringológica). El resto (78,6%) personas no presentaron ninguna.

41 personas (97,6%) no presentaban DOF previa al ingreso o no había registro del diagnóstico de la misma. El único caso en el que se presentó DOF previa lo constituía una paciente con patología oncológica de cabeza y cuello, con un carcinoma epidermoide de paladar blando y con parálisis de las cuerdas vocales.

La patología respiratoria fue la causa más frecuente de ingreso, siendo la neumonía por COVID-19 el principal diagnóstico (57,1% de los casos), seguida de la insuficiencia respiratoria (7%) y el estatus epiléptico (7%).

La mediana de días de estancia en UCI de los/as pacientes fue de 14 días, con un RIQ de 5-17. La estancia más larga fue de 37 días y la más corta de 2. La mediana de días de estancia hospitalaria fue de 27 días (RIQ de 18-39). La estancia hospitalaria más

larga fue de 76 días mientras que la más corta fue de 3 días.

La mediana de días de intubación fue de 8 días, con un RIQ de 3-10. El menor tiempo de intubación de un/a paciente fue de 48 horas, y el mayor de 22.

Los pacientes con diagnóstico de Neumonía por COVID-19 presentaron mayores estancias en el hospital (31 (22-44); $p=0.026$), en UCI (16 (19-19); $p=0.020$) y periodos más largos de intubación (9 (8-12); $p=0.025$).

Incidencia de DOF tras la extubación y factores relacionados

El número de personas que presentaron DOF tras la extubación fue de 22 (52,4%) pero de ellas únicamente 9 (21,4%) fueron diagnosticadas mediante test objetivos. En el resto de los casos la DOF se consideró percibida por los profesionales que lo atendían. En todas ellas, las DOF se mantuvo hasta el alta de UCI.

La edad fue mayor en las personas con disfagia, 64 (50-62) vs 57 (50-62) años), y el único factor que se relacionó estadísticamente con su aparición ($p=0.003$). También fue el único factor que se relacionó con la DOF al alta hospitalaria ($p=0.038$).

El número de personas con DOF al alta de la UCI es de 22 (52,4%) mientras que esta cifra disminuye a 11 (26,2%) al alta hospitalaria.

Relación entre la presencia de DOF al alta de UCI y la mortalidad

5 personas incluidas en el estudio fallecieron durante el ingreso hospitalario. Todas ellas presentaban DOF al alta de UCI. Sólo en uno de los casos se documentó la presencia de DOF durante todo el periodo de ingreso.

La mortalidad hospitalaria y a los 28 días fue mayor entre las personas con DOF que fueron dadas de alta de UCI (22,7% vs 0.0%; $p=0.008$) y también entre las que fueron dadas de alta del hospital (9,10% vs 6.9%; $p=0.009$).

DISCUSIÓN

En nuestro estudio la incidencia de DOF al alta de UCI fue de 52,4%. Estas cifras son superiores a las descritas en estudios como el de Jacob SM et al (2), que encontró una incidencia al alta de UCI de 10,3%. En otro estudio, realizado con personas mayores de 65 años, las cifras de DOF fueron más similares a las nuestras, presentando un 41,6% de las personas DOF tras la extubación (4). La gran variabilidad en los métodos diagnósticos y en las poblaciones estudiadas dificultan la comparación de nuestros datos con otros estudios.

La edad es un factor de riesgo independiente en el potencial desarrollo de DOF (3,6) y se estima que entre un 10-30% de los mayores de 65 años presentan algún tipo de problema con la deglución (7). En nuestro estudio la edad es un factor de riesgo en la aparición de DOF tras la VMI al igual que en el de Regala M. et al. (4), en el que la mediana de edad de las personas que padecen DOF tras la extubación es de 73 años. Nosotros hemos encontrado una cifra menor (64 años). Esto puede ser debido a que la aparición de la pandemia por COVID-19 ha podido suponer el ingreso en UCI de personas más jóvenes que en años anteriores. En otros estudios las comorbilidades de los pacientes tampoco resultaron ser factores de riesgo en el posterior desarrollo de DOF, a excepción de la patología neurológica de base (8). Aunque en nuestro estudio el diagnóstico por COVID-19 si condicionó periodos en UCI, hospitalarios y de intubación más largos, no se relacionó con el posterior desarrollo de DOF, ya que tampoco se relacionó con la duración de la VMI y intubación descrita en otros estudios (2,9)

En el estudio de See KC et al (9) se explica que alrededor del 62% de los pacientes sometidos a IOT prolongada presenta dificultades para tragar y disfagia. Y también relaciona los largos periodos de intubación con un retraso de la ingesta oral, un aumento de neumonías aspirativas, la reintubación, la duración de la hospitalización y mayores cifras de mortalidad

Los resultados del estudio de Regala et al. (4) coinciden con los nuestros al no encontrar relación en el desarrollo de DOF y la duración de la estancia en UCI y en el hospital, mientras que otros estudios describen días de ingreso en UCI y en el hospital mayores en los pacientes con DOF (2).

La mitad de los pacientes que presentan DOF al alta de UCI recuperan la función deglutoria durante su estancia en la sala de hospitalización. Ocurre algo similar en un estudio de Regala et al. (4), en el que a los 5 días de la extubación presentan DOF el 40% de las personas, pero a las dos semanas solo la padecen el 14%. Estos datos pueden sugerir que la DOF post-IOT se resuelve con relativa rapidez en la gran mayoría de los/las pacientes.

No sucede esto en un estudio en el que la incidencia de DOF al alta de UCI fue del 10,3% y persistió en la mayoría de los pacientes afectados (60,4%) hasta el alta hospitalaria. (2)

Tras el diagnóstico todas las personas presentaron modificaciones dietéticas que incluyeron la administración de una dieta adaptada a la DOF y/o cambios en la consistencia o textura de los líquidos. Esto también se lleva a cabo en otro estudio en el que al 63% de los/as pacientes con DOF se les modificó la dieta (4).

A pesar de todo, la evaluación de la deglución no se realiza con regularidad. Una revisión de la literatura mostró que solo el 41% de los hospitales realizaban exámenes rutinarios de detección de DOF en pacientes extubados (10).

En cuanto a la mortalidad, el padecer DOF tras el alta de UCI y tras el alta hospitalaria en nuestros resultados, constituye un factor de riesgo. Esto es contradictorio a otro estudio en el que la DOF no se asoció con mayores tasas de mortalidad. (4) Otros estudios si coinciden con nuestros resultados y asocian la DOF con una mayor morbilidad y mortalidad (2,8)

Limitaciones

La principal limitación es su reducido tamaño muestral, que condiciona su potencia estadística.

El diseño retrospectivo ha limitado la calidad de los datos, debido a la variabilidad en el registro o a la ausencia del mismo. Las condiciones de la pandemia por COVID-19 puede haber contribuido a esto. El volumen asistencial durante la pandemia ha sido elevadísimo, por lo que puede que la valoración de la deglución haya quedado en un segundo plano.

Aplicaciones para la práctica profesional

La DOF es una alteración actualmente infradiagnosticada, que detectada de forma temprana puede ser tratada mediante un equipo multidisciplinar.

Por ello, y en base a los resultados obtenidos, sería recomendable establecer protocolos que incluyan el cribado precoz de la DOF en pacientes que han recibido VMI. Las enfermeras formadas y entrenadas son profesionales que pueden llevar a cabo la realización de estos cribados.

También sería recomendable implementar medidas formativas para profesionales, pacientes y cuidadores que permitan sensibilizar sobre la DOF, y mejorar así la situación de las personas con medidas preventivas y tratamientos adecuados.

Por último, la codificación de la DOF en la historia clínica es fundamental para conocer así su impacto en el sistema sanitario.

Las/os autoras/os declaran no tener conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Fernández-Carmona A, Peñas-Maldonado L, Yuste-Osorio E, Díaz-Redondo A. Exploración y abordaje de disfagia secundaria a vía aérea artificial. Vol. 36, Medicina Intensiva. 2012. p. 423–33.
2. Jakob SM, Parviainen I, Takala J. Dysphagia in Mechanically Ventilated ICU Patients (DYnAMICS): A Prospective Observational Trial. 2017;(6):1–9
3. Clavé Civit P, García Peris P. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea (3a). Editor Glosa, SL. 2015;205.
4. Regala M, Marvin S, Ehlenbach WJ. Association Between Postextubation Dysphagia and Long-Term Mortality Among Critically Ill Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2019;67(9):1895–901.
5. Chuhuaicura P, Álvarez G, Lezcano MF, Arias A, Dias FJ, Fuentes R. Patrones de Deglución y Metodología de Evaluación. Una Revisión de la Literatura. Int J Odontostomatol. 2018;12(4):388–94.

6. C.Gonzalez, Casado M del P, Gómez A, Pajares García S, Dávila Acevo RM. Guía de nutrición para personas con disfagia. Boletín IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.
7. Cichero JAY, Altman KW. Definition, prevalence and burden of oropharyngeal dysphagia: a serious problem among older adults worldwide and the impact on prognosis and hospital resources. Nestle Nutr Inst Workshop Ser. 2012;72:1–11.
8. Zuercher P, Schenk N V, Moret C, Berger D, Abegglen R, Schefold JC. Risk Factors for Dysphagia in ICU Patients After Invasive Mechanical Ventilation. Chest. 2020;158(5):1983–91.
- 9 See KC, Peng SY, Phua J, Sum CL, Concepcion J. Nurse-performed screening for postextubation dysphagia: a retrospective cohort study in critically ill medical patients. Crit Care. 2016 Oct;20(1):326.
10. Brodsky MB, González-Fernández M, Mendez-Tellez PA, Shanholtz C, Palmer JB, Needham DM. Factors associated with swallowing assessment after oral endotracheal intubation and mechanical ventilation for acute lung injury. Ann Am Thorac Soc. 2014;11(10):1545–52.

AUTORES/AUTHORS:

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

TÍTULO/TITLE:

Experiencia de la decisión del lugar de cuidado en la vejez en la población andaluza.

Los datos mostrados en este pequeño estudio forman parte de una de las investigaciones desarrolladas por la investigadora principal como parte de su tesis doctoral. Por ello, los datos metodológicos se refieren a la investigación general de la que proviene.

- Objetivo: Describir cómo se tomó la decisión sobre el lugar de cuidado de la persona mayor con necesidad de ayuda.

- Métodos:

Diseño: Estudio observacional transversal mediante encuesta.

Ámbito: Población andaluza a través del Panel Ciudadano para la Investigación Social en Andalucía (PACIS).

Participantes: El estudio al completo fue realizado con 774 personas, población general. Personas con 18 años o más residentes en Andalucía pertenecientes al PACIS.

Siendo los resultados aquí mostrados realizados con una submuestra de 380 personas, compuesta por quienes estaban cuidando actualmente y aquellos que tenían a alguien de su entorno familiar que necesitaba cuidados en la actualidad.

Variables: El cuestionario al completo posee 27 preguntas temáticas principales y 10 preguntas sociodemográficas principales. En este estudio se muestran los resultados relativos a cuatro de las variables temáticas (escala nominal).

Instrumento: Cuestionario creado para la sexta ola del PACIS (PACIS EP-1801 IESA-CSIC. 2018. 6ª Ola. Panel Ciudadano para la Investigación Social en Andalucía (PIE 201710E018)). Desarrollado por la investigadora principal en colaboración con la UTEA del IESA-CSIC. Instrumento desarrollado en base a los objetivos propuestos de la tesis en la que se enmarca, al modelo IP-SDM (Légaré, Stacey, Gagnon, et al., 2011; Légaré, Stacey, Pouliot, et al., 2011) y teniendo en cuenta, además, las condiciones sociales y del contexto. El trabajo de campo fue realizado del 23 de febrero al 8 de abril de 2018.

Análisis: Para el estudio aquí presentado se han realizado análisis descriptivos. Siendo importante señalar que los datos del estudio fueron sometidos a un proceso de ponderación. El paquete estadístico utilizado fue SPSS Statistics v.27.

- Resultados:

El evento que mayoritariamente provocó que la persona mayor empezara a recibir cuidados (n:380) fue que ya no podía realizar por sí solo/a las actividades de la vida diaria 120 (31,6%), seguido por la opción de que había sufrido problemas de salud graves/operaciones quirúrgicas 119 (31,4%). El resto de opciones escogidas por nuestros/as participantes por orden de mayor a menor frecuencia fueron: 89 (23,5%) que la persona era muy mayor (aunque podía apañarse todavía en el día a día), porque la persona mayor enviudó y la persona que se encargaba de ayudarlo era su pareja 27 (7,2%) y porque sufrió una caída, accidente o

lesión que limitó de algún modo su autonomía 22 (5,9%), contestando sólo una persona que no sabía 1 (0,4%).

Posteriormente, se les preguntó (n:379) en estos casos concretos quién fue la persona que tomó la iniciativa de que el mayor empezara a recibir cuidados, siendo la primera opción que algún familiar de la persona mayor sin que nadie más participara la tomó 227 (60,1%), seguido de que la tomó la persona mayor ella sola 63 (16,7%), algún familiar y la persona mayor 53 (14%) y otras opciones de respuesta minoritarias.

Después se preguntó por quién o quiénes habían sido los que habían tomado la decisión sobre dónde viviría y sería cuidada la persona mayor (n:380). La primera opción fue que lo decidió la familia por su cuenta 164 (43,1%), teniendo como segunda opción que lo hiciera la persona mayor sola 98 (25,9%) y seguido en orden de mayor a menor frecuencia, que lo hiciera la persona mayor y la familia 84 (22,1%), el ámbito profesional 12 (3,2%), familia y ámbito profesional 8 (2,2%), persona mayor, familia y ámbito profesional 5 (1,4%), sólo otros 3 (0,9%), otros con otras opciones de respuesta 2 (0,6%), persona mayor y profesional 1 (0,2%), contestando una persona que no sabía (0,4%) y otra que no contestó (0,2%).

Por último, se quiso saber quién/es habitualmente suelen cuidar a la persona mayor (n:380), siendo más frecuentemente las hijas 142 (37,5%), seguidas de personas que no formaban parte de la familia, que recibían un sueldo por ello y que les prestaban ayuda en su casa 45 (11,9%), la pareja o cónyuge 43 (11,2%), sus hijos 38 (9,9%), otros parientes 33 (8,7%), la familia con ayuda de un centro de día/noche 28 (7,4%), residencia 28 (7,3%), sin ayuda a pesar de necesitarla 17 (4,5%), amigos/as y/o vecinos/as sin cobrar 3 (0,8%), contestando solamente una persona que no sabía (0,3%) y dos que no contestaron (0,5%).

- Discusión e Implicaciones para la práctica:

La situación de cuidados aquí mostrada parece poseer ciertas similitudes con la indicada por el IMSERSO, donde se estipulaba cómo el cuidado informal solía ser prestado por mujeres (hijas, sobre todo) y donde la prestación de ayuda se producía principalmente por la iniciativa del propio cuidador/a o, en segundo lugar, por una decisión familiar (IMSERSO, 2005).

El conocimiento de la situación actual en la que se desarrollan los cuidados en nuestra sociedad, no sólo ayuda a valorar el impacto de los recursos, ayudas y políticas que se han desarrollado en los últimos años en relación a los cuidados, sino que también pueden servir como punto de partida para la planificación de los cuidados en el futuro.

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

- Financiación: Propia del Grupo Identidad Social, Bienestar Subjetivo y Comportamiento Humano (IBC) del IESA-CSIC; y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte para la Formación de Profesorado Universitario como Beneficiaria FPU 2017/00020 en el Instituto de Estudios Sociales Avanzados del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA-CSIC).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Bibliografía:

- Datos provenientes del PACIS EP-1801 IESA-CSIC. 2018. 6ª Ola. Panel Ciudadano para la Investigación Social en Andalucía (PIE 201710E018). Instituto de Estudios Sociales Avanzados - Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA-CSIC). Pacis – Panel Ciudadano para la investigación Social en Andalucía. Recuperado 14 de mayo de 2021, de <https://panelpacis.net/>
- Légaré, F., Stacey, D., Gagnon, S., Dunn, S., Pluye, P., Frosch, D., Kryworuchko, J., Elwyn, G., Gagnon, M.-P., & Graham, I. D. (2011). Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: A mixed methods study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 554-564. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01515.x>
- Légaré, F., Stacey, D., Pouliot, S., Gauvin, F.-P., Desroches, S., Kryworuchko, J., Dunn, S., Elwyn, G., Frosch, D., Gagnon, M.-P., Harrison, M. B., Pluye, P., & Graham, I. D. (2011). Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: A stepwise approach towards a new model. *Journal of Interprofessional Care*, 25(1), 18-25. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.490502>
- IMSERSO. (2005). Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar. Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidadosppmmhogares.pdf>

Mesa 15: Protocolos de investigación

Session 15: Research protocols

AUTORES/AUTHORS:

Eva Tizón Bouza, María Raquel Rey Rodríguez, Raquel Marzoa Rivas

TÍTULO/TITLE:

CALIDAD DE VIDA, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y VARIABLES ASOCIADAS EN PACIENTES CON IAMCEST EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte y hospitalización en España y representan el 17% de todas las muertes por población (1). En Galicia, las muertes por IAM ocupan el tercer lugar (2); la cardiopatía isquémica sigue siendo un grave problema de salud pública, por eso, el Servicio Gallego de Salud (SERGAS), junto con el 061 y los servicios centrales, han desarrollado un programa gallego de atención al IAM (PROGALIAM) con elevación del segmento ST (3), con un protocolo que facilita la actuación para reducir la mortalidad de estos pacientes (4). Este programa recopila todos los casos que cumplen los requisitos en un único registro gallego de IAM (REGALIAM). (5)

La disminución de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) modificables, ligada a una buena adherencia al tratamiento farmacológico, tiene como objetivo reducir los síntomas, prevenir eventos cardiovasculares y mortalidad vascular (6). Se ha observado que tras la hospitalización por IAM, alrededor de uno de cada cuatro pacientes es total o parcialmente no adherente a su medicación, aumentando las posibilidades de muerte en un 44% (7).

Actualmente se establece como objetivo del equipo de salud cambiar el rol pasivo de los pacientes a un rol activo, otorgando un rol relevante a la autogestión en salud (8). La intervención enfermera consiste en proporcionar EPS (9) y el apoyo clínico necesario, para que el paciente pueda evolucionar en su proceso de adaptación a la enfermedad. El abordaje de la adherencia terapéutica requiere un abordaje multidisciplinario (10), por lo que el desempeño del equipo de salud debe estar perfectamente sincronizado con el paciente, el entorno sociofamiliar y la comunidad.

Dado que la mala adherencia es una barrera importante para alcanzar el potencial completo de los tratamientos cardiovasculares y los cambios en el estilo de vida; el desarrollo y la potenciación de medidas rentables para mejorar la adherencia debe ser una prioridad (7).

Para la elaboración del proyecto se fija como objetivo principal, identificar la asociación entre el nivel de adherencia al tratamiento y la calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes diagnosticados de IAMCEST en el Área Sanitaria de Ferrol. De ese modo, se describen los siguientes objetivos específicos:

- Describir si la adherencia adecuada al tratamiento en pacientes después de un IAMCEST influye significativamente en su mejora en la calidad de vida.
- Conocer el compromiso con la salud que tienen los pacientes con respecto a su enfermedad y la responsabilidad mostrada.
- Describir la evolución, adherencia y calidad de vida a los tres y doce meses del IAM

Para estimar la muestra necesaria de estudio, teniendo en cuenta un nivel de significancia del 95%, una precisión del 3%, una proporción del 16% y considerando una proporción esperada de pérdidas del 5%, podemos estimar el tamaño de la muestra alrededor de 145 pacientes.

Para la captación de los participantes es necesario definir los criterios de inclusión, se incluyen aquellos pacientes mayores de 18 años, en un primer episodio de IAMCEST, incluidos en el PROGALIAM y registrados en el REGALIAM, que hayan firmado el consentimiento informado. Por el contrario, los criterios de exclusión están condicionados por presentar diversidad funcional, psíquica o cognitiva que limite la comprensión del estudio o cumplimentación del cuestionario, estar en tratamiento crónico para enfermedades cardiovasculares, en seguimiento en las consultas externas de cardiología de la CHUF o que no aceptan participar en el estudio de investigación.

Este proyecto se define como un ensayo clínico aleatorizado, de simple ciego, con diseño cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal y longitudinal. Se realiza una aleatorización 1:1, en el que el paciente, pero no el investigador, ignora cuál de los posibles

tratamientos recibe. La intervención llevada a cabo se distingue entre el:

- Grupo de control, en el que se ofrece una asistencia sanitaria con entrega del informe de alta médica y enfermera (incluye información sobre cuidados y EPS sobre cambios de hábitos de salud), seguimiento en consultas de Cardiología a los 3 y 12 meses y la coordinación con atención primaria de salud.
- Grupo de intervención, este añade un seguimiento individualizado telefónico, presencial o telemático, con el apoyo de la plataforma TELEA del SERGAS; llevado a cabo por la Enfermera de Práctica Avanzada a los 6 meses tras el alta médica hospitalaria.

La captación de los participantes se realiza durante el ingreso hospitalario, se entregarán cuestionarios a sujetos aleatorios voluntarios, en el momento del alta hospitalaria, a los 3 meses y 12 meses. Se realizarán de forma individual, con una duración estimada de cuarenta minutos. Tras la captación de los sujetos, se entregará la hoja de información para los participantes, de manera individual, esta recoge el propósito y diseño del estudio, incluye, un correo electrónico de contacto para aclarar posibles dudas. Después de leer y comprender la hoja de información, todos los sujetos que deseen participar deben firmar voluntariamente el consentimiento informado.

En lo relacionado a la recogida de datos, se diseña un cuestionario conformado por once secciones. La primera está orientada a recoger datos antropométricos y analíticos; la segunda, datos sociodemográficos; la tercera, el Índice de Comorbilidades de Charlson. En la cuarta, presentamos el Cuestionario de adherencia al tratamiento en pacientes con ECV, a continuación, utilizamos el cuestionario (EQ-5D) para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. En la sexta sección, se emplea la medida (PAM-13) con el objetivo de conocer la activación del paciente; sucesivamente el Test de Richmond y Fagerström, dirigidos a personas fumadoras; así como, el cuestionario CAGE y Test AUDIT para conocer el consumo de bebidas alcohólicas. En la séptima sección, presentamos la Escala Frail, herramienta, que nos permite conocer la edad biológica de una persona. En la octava sección, se dispone el cuestionario IPAC, con el fin de conocer la actividad física realizada en su vida cotidiana. Finalmente, la escala DUKE-UNC, nos orienta acerca de la percepción del participante en relación con su entorno social.

Para el análisis de datos, primero, se realizará un estudio descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio, estableciendo un intervalo de confianza con un 95% de confianza ($p < 0,05$). En la segunda fase se realizará un análisis correlacional bivariado para describir la relación y comportamiento de las dos variables, si la variable tiene una distribución normal usaremos el coeficiente de correlación de Pearson (r) o de Spearman (ρ) según corresponda. Para saber si las variables siguen una distribución normal, se realizará la prueba de Kolmogorov Smirnov o Shapiro-Wilk. El análisis de estos datos se presentará mediante tablas de contingencia y se estudiará la varianza de cada variable, mediante el ANOVA. Finalmente, para las variables que resulten significativas o clínicamente relevantes, se realizará un análisis multivariado mediante regresión lineal múltiple o regresión logística, en diferentes momentos de seguimiento. El análisis de estos datos se presentará mediante tablas de contingencia. Se utilizará el programa gratuito SPSS v22.

Es importante tener en cuenta los posibles errores sistemáticos que pueden ocurrir de manera no aleatoria y que pueden influir en la validez de este estudio, por lo que cabe destacar los posibles sesgos:

- Sesgo de selección muestral, derivado de los criterios de inclusión/exclusión, se presenta como consecuencia del reclutamiento de participantes, lo que puede ocurrir por no obtener el tamaño muestral calculado, afectando la validez externa del estudio. Para minimizarlo debemos establecer meticulosamente el tamaño de la muestra, con un estricto protocolo de captura, respetando los criterios de inclusión y exclusión. Para minimizar este sesgo, todos los pacientes admitidos en PROGALIAM en el ASF, serán invitados a participar en el estudio. Se tendrá en cuenta el sesgo de autoselección por parte de los voluntarios participantes, producido como consecuencia de seleccionar únicamente a los voluntarios, por lo que corremos el riesgo de que estos sujetos

tengan características distintas a los no voluntarios. Para minimizarlo, todos los sujetos deben ser informados en detalle sobre el propósito de este estudio, con el fin de enfatizar su importancia como tema de estudio.

-Sesgo de información, generado por los métodos de obtención y análisis de los datos, por lo que para minimizarlo es necesario asegurar la comunicación con los sujetos en el idioma que requieran, así como tener validado el cuestionario en ambos idiomas cooficiales, que estos datos son recogidos por enfermeras capacitadas para tal fin y, además, los pacientes serán entrevistados directamente. Evitaremos el sesgo de atención o efecto de Hawthorne, que ocurre cuando los sujetos alteran su comportamiento al saber que están siendo observados.

-Sesgo de confusión, este error, se muestra cuando las terceras variables no están controladas y pueden causar confusión con las variables en estudio. Para minimizarlo, primero se estudiará la existencia de otras variables, como la presencia de comorbilidades; para ello se utilizó el Índice de Comorbilidad de Charlson.

Al diseñar el proyecto, se define un plan de trabajo, en el que se estima una duración aproximada de 43 meses. Se distingue la primera fase, correspondiente a la elaboración del proyecto, con una duración de 3 meses. Se estima que la recogida de datos tendrá una duración estimada de 24 meses; y el análisis, aproximadamente 2 meses. La difusión de los resultados a través de los diferentes medios, se estima que abarcará un período de 7 meses.

Para el desarrollo del estudio, inicialmente, se solicitó la autorización al Comité Autonómico de Ética en Investigación en Galicia (CAEIG), comité A Coruña-Ferrol. Tras recibir su aprobación (Código de registro: 2020/561), hemos solicitado el permiso de la Dirección de Soporte del Área de Salud de Ferrol (Nº: 1120). Una vez otorgados iniciamos nuestro proyecto en mayo del 2021.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Defunciones según causa de muerte 2018. Instituto Nacional de Estadística. 2020. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1171&capsel=1171>
2. Defunciones por comunidad y ciudad autónoma de residencia, causas, sexo y edad. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2018/10/&file=02001.px#!tabs-mapa>.
3. Servizo galego de saúde. Programa galego de atención do infarto agudo de miocardio con elevación do segmento ST. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2006. Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/998/2005.PROGALIAM.pdf>
4. Aldama G, López M, Santás M, Flores X, Piñón P, Salgado J, et al. Impacto en la mortalidad tras la implantación de una red de atención al infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Estudio IPHENAMIC. Rev Esp Cardiol. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.09.013>
5. Servizo galego de saúde. ORDE 11 maio 2015 pola que se crea o Rexistro Galego do Infarto Agudo de Miocardio. Xunta de Galicia. DOG num. 90. Páx. 18955 (15 Mai 2015) Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/688/2015.05.15.Orde%20REGALIAM%20DOG%2015%2005%202014.pdf>
6. Plan de Adherencia al Tratamiento. Uso responsable del medicamento. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria. 2016. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf
7. Vallejo-Zambrano C.R, Chonillo-Franco J.A., Vera-Garces L.s, Loor-Loor L.D, Nunizaga Marquez G.A, Medranda-Zambrano R.G. Tratamiento farmacológico en pacientes con problemas cardiovascular. Polo del Conocimiento. Sept 2018;3(24):169-186. DOI: <https://doi.org/10.23857/pc.v3i9.717>
8. Gollubinski V, Oppel EM, Schreyögg J. Una revisión sistemática del alcance de los factores psicosociales y psicológicos asociados con la activación del paciente. Patient Education and Counseling. Alemania 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.05.005>

9.Paz VP, Mantovani MDF, Mercês, Nen Nalú Alves Das, Mazza VdA, Silva, Mattei da AT. Health Literacy and Care After Acute Myocardial Infarction. EasyChair. Preprint Abril 28, 2020: 3289. Disponible en:

https://easychair.org/publications/preprint_english/1HVv

10.Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención Primaria 2009 Jun;41(6):342-348. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>

AUTORES/AUTHORS:

Sara Alcón Nájera, Elena Peña Meléndez, Rosa Ortiz Pizarro, Alberto Sánchez Gallego

TÍTULO/TITLE:

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE HUMANIZACIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

OBJETIVOS

General: Explorar la experiencia de los padres de niños que han fallecido en la UCIP.

Específicos: Explorar la percepción de los padres en relación a la capacidad de autodeterminación y la participación activa en el proceso de atención y cuidado de su hijo al final de la vida, identificar necesidades percibidas por los padres en relación al momento de la despedida e identificar limitaciones sentidas en el acompañamiento a las familias y estrategias de mejora.

Metodología y orientación teórico-metodológica

Se llevará a cabo un estudio cualitativo fenomenológico siguiendo la propuesta metodológica de Van Manen. Según este autor, la investigación fenomenológica es el estudio de la experiencia vital, del mundo de vida y de lo cotidiano que, en sentido fenomenológico, es la experiencia pre-reflexiva, la experiencia no conceptualizada o categorizada. En congruencia con lo anterior, se seguirá una orientación fenomenológica interpretativa o hermenéutica cuyo máximo exponente ha sido Martin Heidegger (1962).

Esta aproximación permite describir, investigar y profundizar en la esencia de la experiencia de personas y comprender esa vivencia entendiendo que no existe una realidad única sino múltiples realidades (según las interpretaciones subjetivas de las personas que han vivido ese fenómeno, del momento en el que estén cuando ocurre el fenómeno, del lugar donde se encuentren y de la interacción de éstas con su entorno social).

Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en Madrid, en la UCIP del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM).

Población de estudio

Formarán parte de la población de estudio los padres, madres o tutores mayores de 18 años de niños que han fallecido en la UCIP, al menos 6 meses antes de su posible participación en el estudio, que puedan comunicarse de forma verbal o escrita, y acepten voluntariamente participar en el estudio. Se garantizará que la participación en el estudio no va a ocasionar a los participantes ninguna situación que les ponga en riesgo emocional o psicológico.

En relación al proceso de duelo, la literatura consultada refleja diferentes períodos de tiempo para invitar a las familias a participar, comprendidos desde los 4 hasta los 12 meses posteriores al fallecimiento (se realizará una valoración personalizada de cada familia).

Estrategia de muestreo

Se llevará a cabo un muestreo intencional por propósito, que garantiza la heterogeneidad de la muestra en relación a variables experienciales que, como resultado de la propia vivencia, de la consulta de la evidencia y de las necesidades de información detectadas para el estudio, se considera, a priori, que pueden condicionar el discurso de los participantes: edad del niño/a, tiempo de ingreso en UCIP, motivo del ingreso, reingresos previos, antecedentes personales, causa del fallecimiento y tiempo promedio desde el fallecimiento a la entrevista, fallecimientos familiares experimentados, apoyo familiar, cuidador principal (se asegurará una adecuada representatividad entre padres y madres, para garantizar la riqueza de la información), nivel socioeconómico familiar, nivel de estudios del cuidador principal y religión / creencias. Estos criterios o variables experienciales se consideran altamente influyentes en la vivencia de la experiencia. Se optará por considerar todas ellas para, inicialmente, garantizar un muestreo por propósito que permita acceder a narrativas diferente que aporten significación al mismo tiempo que comparación. En fases más avanzadas del proceso de investigación, se optará por seguir un muestreo teórico incluyendo nuevas variables o criterios experienciales emergente. Para el reclutamiento de las familias, la propuesta inicial de contacto será a través del envío de la carta institucional de condolencia.

Junto con dicha carta, se les planteará de forma escrita (con posterior llamada telefónica) la información sobre el proyecto, resolver dudas y plantear la posibilidad de participación, siempre que se cumplan los criterios de inclusión.

Tamaño de la muestra

El tamaño final de la muestra vendrá condicionado por la “saturación de datos”, definida como la aparición de información redundante y repetida, o la teoría emergente. Esta etapa de la investigación finalizará cuando se haya recogido y descrito un buen conjunto de material primario (entrevistas, observaciones y anotaciones) que se considere suficiente para emprender una sólida categorización o clasificación que, a su vez, pueda nutrir un buen análisis, interpretación, teorización y conducir a resultados valiosos.

No obstante, tras consultar la literatura disponible, se estima en términos de planificación de tiempos que la saturación de datos se podrá conseguir tras realizar un total de entre 10 y 25 entrevistas a los padres (se toman estos tamaños muestrales como referencia, pero todo dependerá de la expertía del entrevistador, la riqueza de los discursos de los participantes, la capacidad de ver más allá de los datos (o sensibilidad teórica del analista).

Técnica de recogida de datos

Se realizarán entrevistas en profundidad individuales o en pareja, según la preferencia de cada familia. La entrevista es un instrumento técnico, cuyo propósito es explorar y recopilar el material narrativo experiencial, y que tiene gran sintonía epistemológica con la fenomenología hermenéutica. Dada la sensibilidad del tema de estudio, se contará con un guion de entrevista semiestructurada para apoyar al entrevistador y garantizar un manejo cuidadoso de la vulnerabilidad emocional. La guía de la entrevista permite tener un cierto control sobre las áreas de mayor sensibilidad emocional y los itinerarios para llegar a ellas. Tomando como referencia las preguntas general y específicas, y teniendo en cuenta la experiencia metodológica y clínica de los investigadores, se han elaborado preguntas dinámicas de entrevista cuidadosamente redactadas siguiendo un orden de los más general a lo más particular y de lo menos a lo más sensible. El guion será de carácter flexible y evolucionará según lo haga el trabajo de campo y sus necesidades. La información que se va recopilando y la que va emergiendo, reorientarán el enfoque y la recolección de nueva información.

Los familiares que acepten participar decidirán cuándo, cómo y dónde quieren realizar las entrevistas: presencial, en formato digital por video conferencia o vía telefónica. Estas serán audio-grabadas. Las grabaciones se guardarán hasta un año después de publicar los resultados del estudio por si se requiriera algún análisis posterior, y después serán eliminadas.

Mientras se realizan las entrevistas, mediante observación de cerca, se registrarán en un cuaderno de campo los datos obtenidos de la comunicación no verbal. De esta forma, según Van Manen, nos aproximamos de la forma más cercana posible, al mundo vital de la persona observada, con el fin de llegar a aprehender el significado de determinada experiencia vivida por ella. Este registro puede ayudar a contextualizar los discursos y a entender en mayor profundidad, como afecta el fallecimiento en la UCIP a los padres.

Además, se crearán fichas de los participantes donde se recogerán datos sociodemográficos, clínicos y relacionales, que ayuden a entender y contextualizar los discursos de los diferentes participantes. Algunos datos serán rescatables de la historia clínica, y otros habrá que recogerlos durante la entrevista.

Estrategia de análisis

Para el análisis cualitativo de los datos se utilizará la propuesta hermenéutica de Van Manen. Las entrevistas serán transcritas textualmente y se desarrollará un análisis temático del discurso, mediante un proceso para identificar los temas que dan significado al texto y a la experiencia. Se interpreta el “tema” como la experiencia del significado, la forma de captar el fenómeno que se intenta comprender dotándole de sentido y significado de modo que cada tema describe un aspecto de la estructura de la experiencia vivida. A medida que vayan surgiendo los temas, se intentará capturar las redes de estado temáticas en párrafos más fenomenológicamente sensibles, mediante la elaboración de notas reflexivas-teóricas (memoring), que irán creando un proceso hermenéutico creativo. Posteriormente se determinarán los temas en torno a los cuales se creará la descripción fenomenológica (ya que no todos los significados que encontremos al reflexionar sobre el fenómeno o experiencia vivida son exclusivos de esa

experiencia), esto es, identificar los temas esenciales. Para ello, identificaremos las cualidades esenciales de cada uno de los temas que hacen del fenómeno lo que es, y sin los cuales el fenómeno no podría ser lo que es.

En el proceso de análisis, los resultados serán contrastados y relacionados con estudios similares para ver cómo aparecen desde perspectivas diferentes o sobre marcos teóricos más amplios y explicar mejor lo que el estudio verdaderamente significa. El comparar y contraponer las propuestas teóricas emergentes con las de otros investigadores, hará posible una integración mayor y un enriquecimiento del cuerpo de conocimientos del área estudiada. Esta comparación nos llevará hacia la reformulación, reestructuración, ampliación o refinamiento de construcciones teóricas previas.

Para lograr la síntesis final de los hallazgos, se tratará de integrar todos los temas en un todo coherente y lógico.

Consideraciones éticas

El principio de autonomía será preservado mediante la firma del consentimiento informado (solventando dudas antes de la firma), previa entrega de una hoja de información a los padres. Se pedirá permiso a los informantes para ser grabados.

Todas las entrevistas se codificarán, eliminando cualquier dato personal de los informantes. Se mantendrá la confidencialidad durante todo el estudio, y éste tendrá que ser aprobado por el Comité de Ética y de Investigación Clínica (CEIC) del HGUGM.

Se velará en todo momento por la seguridad de los participantes con el desarrollo de una investigación sensible.

Criterios de calidad

Para garantizar la validez interna (credibilidad y veracidad) se utilizarán diferentes formas de triangulación (de técnicas de recogida de datos, de entrevistadores y de analistas) así como estrategias de auditoría (“member checking” y “amigo crítico”) y la descripción minuciosa del proceso de investigación y la toma de decisiones metodológicas.

En relación a la validez externa (transferibilidad), se procederá a la descripción detallada de las características de los participantes y del ámbito de estudio para poder contextualizar los hallazgos y valorar la pertinencia de uso de la evidencia generada para ser aplicada en otros entornos clínicos.

Cronograma

PRIMERA ETAPA: fase piloto. Enero-febrero 2021.

Se realizarán varias entrevistas para validar las preguntas del guion, el método para el contacto, y el tiempo que transcurre desde el fallecimiento hasta la entrevista

SEGUNDA ETAPA: Recogida de datos. Marzo 2021-febrero 2022.

Reclutamiento de pacientes y realización de entrevistas.

Transcripción y análisis de las entrevistas.

TERCERA ETAPA Análisis y difusión. Marzo-junio 2022

Análisis y difusión de los resultados.

Implicaciones para la práctica

Los CFV constituyen uno de los objetivos principales de la asistencia sanitaria. Profundizar en esta temática constituye una oportunidad para mejorar la atención y la humanización de los cuidados, facilitar a la familia la elaboración y gestión del duelo y favorecer un clima adecuado para una muerte digna. Este proyecto pretende mantener, reforzar e integrar una línea de investigación específica sobre CFV para contribuir a los cuidados excelentes en la dimensión psico-social y espiritual poniendo el foco en el afrontamiento eficaz, el bienestar espiritual y el proceso de duelo adaptativo

Conflicto de intereses

Los investigadores declaran no tener conflicto de intereses que condicionen la propuesta ni el desarrollo del estudio de investigación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1-Ray MA. LA riqueza de la fenomenología: preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. En: Morse JM, editor. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante; 2005. P. 163-84.
- 2-Van Manen M. Researching lived experience. Canada: State University of New York; 1990.
- 3-Palacios-Ceña D, Corral Liria I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enferm Intensiva*. 2010; 21(2): 68-73.
- 4-Mitchell S, Spry JL, Hill E, Coad J, Dale J, Plunkett A. Parental experiences of end of life care decision-making for children with life-limiting conditions in the paediatric intensive care unit: a qualitative interview study. *BMJ Open*. 2019; 9(5): e028548.
- 5-Weidner NJ, Cameron Marcella, Lee RC, McBride , Mathias EJ, Byczkowski TL. End-of-Life Care for the Dying Child: What matters most to parents. *J Palliat Care*. 2011;27(4):279-86
- 6-Cortezzo DE, Sanders MR, Brownell EA, Moss K. End-of-Life Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Experiences of Staff and Parents. *Am J Perinatol*. 2015;32(8):713-24
- 7-Hellmann J, Williams C, Ives-Baine L, Shah PS. Withdrawal of artificial nutrition and hydration in the Neonatal Intensive Care Unit: parental perspectives. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2013;98(1):21-25
- 8-Elaine C. Meyer, Marilyn D. Ritholz, Jeffrey P. Burns and Robert D. Truog. Improving the Quality of End-of-Life Care in the Pediatric Intensive Care Unit: Parents' Priorities and Recommendations. *Pediatrics* 2006;117;649 DOI: 10.1542/peds.2005-0144
- 9-Martín-Crespo Blanco MC, Salamanca Castro AB. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Inv*. 2007;27
- 10-Kupper A, Ligard L, Levinson W. Critically appraising qualitative research. *BMJ*. 2008; 337: 687-9
- 11-Abib El Halal GM, Piva JP, Lago PM, El Halal MG, Cabral FC, Nilson C, Garcia PC. Parents' perspectives on the deaths of their children in two Brazilian paediatric intensive care units. *Int J Palliat Nurs*. 2013 Oct;19(10):495-502.
- 12-Falk AJ, Moorthy S, Hussey-Gardner B. Perceptions of Palliative Care in the NICU. *Adv Neonatal Care*. 2016;16(3):191-200
- 13-Sullivan J, Monagle P, Gillam L. What parents want from doctors in end-of-life decision-making for children. *Arch Dis Child*. 2013; 0:1-5
- 14-Dyregrov K. Bereaved parents' experience of research participation. *Soc Sci Med*. 2004 Jan;58(2):391-400

AUTORES/AUTHORS:

Rosa Casado Fernández, Esperanza Zuriguel Pérez, Isabel Zafra Izquierdo, Montserrat Candel Alonso, Isabel Zafra Izquierdo, Roser Lara Fernández, José María Escribano Ferrer, Sergi Bellmunt Montoya

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de un programa de intervención enfermera para pacientes sometidos a escleroterapia venosa: Ensayo Clínico.

Antecedentes

A nivel internacional se estima que un 30% de la población padece insuficiencia venosa crónica (IVC), con predominio del sexo femenino y con una prevalencia entre el 20 y el 60% en países industrializados. Entre el 1 y el 2% de la población presentan la manifestación más grave de la IVC: las úlceras venosas.

Los pacientes atendidos en las consultas externas (CEX) de cirugía vascular son los que requieren valoración quirúrgica por parte del especialista al presentar varices muy sintomáticas.

A nivel de atención hospitalaria, hay algunas áreas en las que los cuidados de una enfermera especializada, muy probablemente, podrían mejorar los resultados de salud. Estos casos poco estudiados desde el punto de vista de la aportación enfermera son, entre otros, los derivados al cirujano vascular de manera preferente o urgente por varicorragia, varicoflebitis o úlcera venosa y que no responden al tratamiento convencional.

Estos pacientes a menudo no son candidatos a cirugía y requieren un tratamiento alternativo, a nivel ambulatorio. Uno de los tratamientos alternativos a la cirugía en los casos de varices muy sintomáticas, es la escleroterapia ecodirigida.

La escleroterapia es un tratamiento médico que realiza el cirujano vascular y que consiste en la inyección de un esclerosante en las varicosidades. Esta técnica podría complementarse con actividades enfermeras dirigidas al empoderamiento del paciente, porque a pesar de ser una técnica que no requiere ingreso, los cuidados han de ser muy específicos y prestados durante todo el proceso. Una de las complicaciones de las varices son las úlceras venosas y la evidencia destaca que el manejo de estos pacientes es predominantemente una disciplina dirigida por enfermeras. En consultas externas, el cuidado de la persona con úlceras venosas va dirigido a controlar y evitar la aparición de complicaciones, así como promover su autocuidado. Por otra parte, las evidencias establece que las úlceras venosas tienen repercusiones no sólo en aspectos físicos, sino y sobretodo, en aspectos psicoemocionales que pueden generar una pérdida o disminución de la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo:

Objetivo general: Evaluar la efectividad de un programa de intervención enfermera en pacientes sometidos a escleroterapia venosa, con seguimiento en la Consultas Externas (CE) de Vascular, en la disminución de la gravedad de la IVC, nivel de satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud.

Métodos**Diseño:**

Se diseña un Ensayo clínico aleatorizado abierto, con grupo intervención y grupo control.

Ámbito de estudio: El estudio se realizará en nuestro Hospital, en consultas externas de cirugía vascular.

Sujetos de estudio: Pacientes afectados de insuficiencia venosa crónica sometidos a tratamiento con escleroterapia ecodirigida, con o sin úlcera activa en extremidades inferiores.

Tamaño muestral: Dada la ausencia de estudio previo se ha realizado un círculo muestral para comparar las medias de los dos grupos, con un valor de $p=0.05$, teniendo en cuenta un poder del 80%, una pérdida estimada de participantes del 10% y un valor de d de Cohen de 0.6 (equivale a un tamaño del efecto alto). Siendo el número requerido de 66 participantes (33 en el grupo intervención y 33 en el grupo control). Teniendo en cuenta que aproximadamente se intervienen 100 paciente/año, los cuales seran

aleatorizados de forma equitativa entre los dos grupos.

Reclutamiento de los sujetos: La inclusión de los participantes la realizará la investigadora principal durante los meses necesarios para poder obtener la muestra calculada.

Aleatorización: Los pacientes serán aleatorizados mediante REDCap estratificado por nivel de riesgo y con grupos paralelos, garantizando el equilibrio entre los diferentes grupos.

Grupo control: El circuito que seguirá el paciente será el mismo protocolo habitual de los pacientes sometidos a esclerosis venosa. Así, los pacientes que tras la aleatorización sean asignados al grupo control, no tendrán comunicación directa con la enfermera y ésta limitará su actividad asistiendo al médico que realiza la esclerosis venosa, como en la actualidad.

Grupo intervención: el paciente se incluirá en el programa de intervención enfermera. Para la recolección de la información se utilizarán como técnica e instrumentos la entrevista, observación directa al paciente y la historia clínica. Se realizará la valoración utilizando los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

El Plan de cuidados incluirá las fases pre, trans y postesclerosis venosas de estos pacientes diagnosticados de Insuficiencia Venosa Crónica y que, en algunos casos presentaran úlceras venosas en extremidades inferiores. El plan de cuidados de la enfermera hará especial hincapié en la educación sanitaria personalizada e implicación del paciente en todo el proceso.

Fase previa a la escleroterapia: Consta de una visita presencial de enfermería realizada el mismo día de la indicación de la escleroterapia, en la que se iniciará la planificación de cuidados del paciente. Una vez obtenidos los datos subjetivos, objetivos y la valoración física, se identificarán los problemas de salud del paciente y se elaborará el plan de cuidados para cubrir sus necesidades y/o problemas detectados.

Se realizará una intervención de educación sanitaria en relación a la dieta, higiene, cuidado de la piel, movilidad y terapia compresiva (entre otras). Se reforzará la educación sanitaria con folletos informativos y se le facilitará al paciente el número de teléfono de la consulta de enfermería vascular y el horario de atención.

Fase posterior a la escleroterapia:

Al día siguiente del procedimiento el paciente será atendido en consulta de enfermería, donde se valorará la zona de punción y estado de la terapia compresiva. Según las características del paciente, movilidad, transporte, etc., se ofrecerá la posibilidad de teleasistencia (llamada telefónica y posibilidad de enviar fotos de la zona afectada). En todo momento, y antes de la última visita de enfermería, el paciente dispondrá del número de teléfono de la consulta de enfermería vascular para cualquier duda o incidencia.

Variables de estudio:

Como variables de resultado serán: La variable de resultado principal será la evolución clínica que hace referencia a los cambios de los signos y síntomas característicos de la IVC, que se miden a través de la escala CEAP y la escala Venous Clinical Severity Score (VCSS)

Las variables de resultado secundarias serán el nivel de calidad de vida y la satisfacción sobre la atención recibida. También se recogerán variables sociodemográficas.

(1) La escala CEAP, aceptada, de forma general en todo el mundo, es la clasificación Clinical Etiological Anatomical Pathophysiological (CEAP) de los trastornos venosos (17). Esta escala clasifica la insuficiencia venosa crónica según las manifestaciones clínicas, factores etiológicos, distribución anatómica y hallazgos fisiopatológicos. La CEAP tiene siete grados de gravedad y los grados más altos indican mayor gravedad. Para la evolución clínica también se utilizará la escala Venous Clinical Severity Score (VCSS) que mide la gravedad clínica. Ha sido validada por diversos comités y se correlaciona adecuadamente con la puntuación CEAP (17). Es un instrumento de evaluación que responde a los cambios en la gravedad de la enfermedad a lo largo del tiempo y en respuesta al tratamiento. Esta escala contiene 10 ítems que se clasifican según su gravedad: ausente, leve, moderado y grave. Cuanto más elevado sea el número de la suma de los ítems, mayor gravedad de la insuficiencia venosa crónica.

(II) Para evaluar la calidad de vida:

- CIVIQ 20: Es un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud específico para personas con insuficiencia venosa crónica. El instrumento consta de 20 ítems y de 4 dimensiones (18).

(III) La satisfacción del paciente a través del:

- Cuestionario de Baker. Adaptado al catalán y al castellano del cuestionario para medir la satisfacción del paciente con la consulta de enfermería. Consta de 18 ítems distribuidos en tres dimensiones: cuidados ofrecidos por el profesional, tiempo dedicado a la consulta y profundidad de la relación con el profesional (19). Procedimiento de recogida de datos:

Tanto a los pacientes del grupo control como del grupo experimental se les realizará una medición inicial y a los seis meses, donde la investigadora valorará la clasificación CEAP para conocer la clínica de la insuficiencia venosa crónica, la severidad de dicha clínica (VCSS) y el nivel de calidad de vida relacionada con la salud (CIVIQ 20).

Sólo al grupo intervención, se entregará el cuestionario de Baker para conocer la satisfacción del paciente en relación a la atención recibida a los 6 meses.

La inclusión de pacientes e intervención se realizará entre Junio de 2021 y junio de 2022 es decir, 12 meses para poder obtener la muestra calculada.

Análisis de datos:

Para la descripción de los datos, las variables cualitativas se describirán en forma de frecuencias y porcentaje y las cuantitativas en forma de media y desviación estándar en el caso de una distribución normal, mediana y rango intercuartil en el caso de distribución no normal. Para todas las comparaciones se considerará un nivel de significación estadística de 0,05 y los intervalos de confianza del 95%. Para analizar la independencia o no de las variables cuantitativas utilizaremos la t de Student y test de Chi-cuadrado para comparar las proporciones de los dos grupos de estudio. Para las variables cuantitativas, la hipótesis de normalidad se contrastará mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Stata v15, statistical software package

Consideraciones éticas:

El estudio se llevará a cabo siguiendo con rigor las recomendaciones éticas para la investigación y ensayos clínicos en humanos recogidas en la Declaración de Helsinki de 1964 y sucesivas actualizaciones. Así mismo trabajamos siguiendo las Normas Europeas de Buena Práctica Clínica, que nos proporcionarán una garantía pública de la protección de derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos de estudio. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a la normativa legal según el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD), garantizando la confidencialidad a nivel de protección de la legislación vigente de nuestro país. Al paciente se le entregará una hoja de información del estudio y para participar en el deberá firmar el consentimiento informado.

Para la recogida de datos se utilizará REDCap v 01 (Research Electronic Data Capture) por ser una aplicación web segura, donde únicamente constará el número de inclusión correspondiente y solo el investigador principal y colaboradores tendrán acceso a la inclusión de datos. Limitaciones del estudio:

Limitaciones del estudio:

La principal limitación podría ser que la muestra no fuera representativa de la población objetivo, no permitiendo, por tanto, generalizar de los resultados. Sin embargo se debe considerar que nuestro centro atiende una amplia área de influencia de la provincia de Barcelona de pacientes con esta patología.

Discusión:

La enfermera responsable del plan de cuidados individualizado para los pacientes sometidos a esclerosis ha de ser una enfermera generalista o especializada que haya adquirido, mediante formación, la base de conocimiento experto (En el ámbito de los cuidados a las personas con problemas vasculares, esta profesional sería una enfermera de práctica avanzada).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gesto-Castromil R, Grupo DETECT-IVC. Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. Estudio DETECT-IVC. *Angiología*. 2008. 53(4):249–60.
2. Álvarez L.J., Lozano Ruiz-Poveda F., Marinello Roura J. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC 2006. *Angiología*, Vol. 60, N°. 1, 2008, págs. 27-36.
3. Bellmunt S, Díaz S, Sánchez I, Fuentes E, Fernández F, Piquer N. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. *Atención Primaria*. 2012. 44 (9): 556-61.
4. Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (AEEVH). 3ª Edición: Junio 2017 Edita: Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas Accesible en: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/AEEVH%20%20Guia-de-Practica-Clinica-web.pdf> Consultado el 07-02-2020.
5. Carrasco E. Recomendaciones para el manejo de la Enfermedad Venosa Crónica en Atención Primaria. Grupo de trabajo de Vasculopatías de SEMERGEN. Centro de Salud de Abarán (Murcia). Accesible en: <https://www.semergen.es/resources/files/noticias/venosaCrocina_1.pdf> Consultado el 07-02-2020.
6. González-Consuegra R. Calidad de vida y cicatrización en pacientes con úlceras de etiología venosa: Validación del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire, versión española (CCVUQ-e) y del Pressure Ulcer Scale for Healing, versión española (PUSH-e). Resultados preliminares [tesis doctoral]. Alicante: Programa de doctorado en Salud Pública. Universidad de Alicante, 2011. [citado 2019 el 15 de Marzo de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000300008&lng=es.
7. Bellmunt-Montoya, S., Giménez-Gaibar, A., Hospedales-Salomó, J., González-Cañas, E., Badia, X., & Lara-Suriñach, N. Estudio para el establecimiento de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de varices. *Angiología*, 2008; 60(5): 333-45.
8. Feijoo Cano C. Técnicas mínimamente invasivas en el tratamiento ambulatorio de varices. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza. 2015. Accesible en: <https://zaguan.unizar.es/record/47441/files/TESIS-2016-043.pdf> Consultado el 8 de diciembre de 2019. 9.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS; 2009.

Mesa 16: Criticos y emergencias

Session 16: Critical care and Emergency

AUTORES/AUTHORS:

Marta Prats-Armon , M Carmen Moreno-Arroyo, M Mar Eseverri-Rovira, David Téllez-Velasco, Juan Roldan-Merino, Montserrat Puig-Llobet, M Teresa Lluch-Canut, M Ángel Hidalgo-Blanco, Elisabet Gallart-Vivé

TÍTULO/TITLE:

PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS DE UCI SOBRE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA CON EL PACINETE CRÍTICO PORTADOR DE VENTILACIÓN MECÁN

Antecedentes: La comunicación efectiva es esencial para mejorar las curas integrales al paciente crítico. La fragilidad, la pérdida de toma de decisiones y el estado de salud de dichos pacientes dificulta la interacción con los profesionales y la familia. El objetivo: Explorar los conocimientos y habilidades comunicativas de los profesionales enfermeros de la unidad de curas intensivas del Hospital Vall d'Hebron. Metodología: El estudio presenta un diseño cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal. La selección de la muestra se hizo mediante la bola de nieve, y la n fue de 90 enfermeras de UCI que cumplieron criterios de inclusión/exclusión. Se estudiaron las variables relacionadas con el tipo de comunicación habitual (verbal/no verbal) la frecuencia, la duración y la técnica utilizada en la interacción con el paciente a partir de un cuestionario con escala líker. En la estadística descriptiva se utilizó las frecuencias y porcentajes, y en la inferencial la prueba T-student con una significación de 0,005. Resultados: El 70% de las enfermeras refirieron aplicar las técnicas de comunicación básica (TCB) en las curas enfermeras, aunque sólo un 45.5% admitió conocer-las. Un 84,4% no sabían lo que eran las Técnicas de comunicación asistida y alternativa (ACC). En la comunicación con el paciente intubado, predomina la comunicación verbal frente a la no verbal (85% vs 74%). Mayoritariamente las enfermeras se comunican más de 5 veces al día, pero la duración de la interacción es de 3-5 min. El 78% de las enfermeras manifestaron frustración cuando la comunicación con el paciente no era efectiva, aunque el 99% afirma comunicarse efectivamente habitualmente. Discusión/Conclusión: Las enfermeras de UCI perciben comunicarse de forma efectiva con el paciente, a pesar de no tener formación, realizar interacciones cortas y utilizar poco la comunicación no verbal.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Ariel M. Modrykamien. (2019). Strategies for communicating with conscious mechanically ventilated critically ill patients. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 34(4), 534–537. <https://doi.org/DOI: 10.1080/08998280.2019.1635413>
- Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A., & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: Promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0268-5>
- Gropp, M., Johnson, E., Bornman, J., & Koul, R. (2019). Nurses' perspectives about communication with patients in an intensive care setting using a communication board: A pilot study. *Health SA Gesondheid*, 24. <https://doi.org/10.4102/hsag.v24i0.1162>
- Happ, M. B., Sereika, S., Garrett, K., & Tate, J. (2008). Use of the quasi-experimental sequential cohort design in the Study of Patient-Nurse Effectiveness with Assisted Communication Strategies (SPEACS). *Contemporary Clinical Trials*, 29(5), 801–808. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2008.05.010>
- Happ, M. B., Sereika, S. M., Houze, M. P., Seaman, J. B., Tate, J. A., Nilsen, M. L., van Panhuis, J., Scullin, A., Paull, B., George, E., Angus, D. C., & Barnato, A. E. (2015). Quality of care and resource use among mechanically ventilated patients before and after an intervention to assist nurse-nonvocal patient communication. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 44(5), 408-415.e2. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.07.001>
- Koszalinski, R. S., Tappen, R. M., Melhuish, T., & Grumme, V. (2017). Evaluation of a novel communication application from nurses' perspectives. *CIN - Computers Informatics Nursing*, 35(6), 300–306. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000322>

AUTORES/AUTHORS:

Juan Antonio Péculo Carrasco, Mónica Rodríguez Bouza, Antonio Puerta Córdoba, Hugo José Rodríguez Ruiz, José Manuel De la Fuente Rodríguez, María del Mar Casal Sánchez, César Pedro Sánchez Almagro, Helena De Sola Perea, Inmaculada Failde Martínez

TÍTULO/TITLE:

FACTORES QUE CONDICIONAN LA SEGURIDAD PERCIBIDA DE PACIENTES EN ASISTENCIAS DE EQUIPOS DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS

Proyecto PI19/00385 "Factores relacionados con la percepción de seguridad en asistencias y traslados de equipos móviles de emergencias en demandas asistenciales urgentes o emergentes", financiado por el Instituto de Salud Carlos III y cofinanciado por la Unión Europea (FEDER "Una manera de hacer Europa")

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Objetivo. Determinar qué factores de la asistencia extrahospitalaria se relacionan con la seguridad percibida por el paciente en asistencias y traslados por equipos móviles de emergencias.

Método. Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Carácter multicéntrico, en el que han participado todos los Servicios Provinciales en Andalucía de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. La recogida de datos se está llevando a cabo desde abril de 2021 hasta febrero 2022, en tres periodos distintos para evitar las posibles variaciones estacionales en los motivos de demanda asistencial o diagnósticos finales: primavera, verano e invierno.

Son sujetos de estudio los pacientes asistidos y trasladados al hospital por equipos móviles de emergencias, por cualquier motivo de demanda. Se excluyen aquellos pacientes que incurren en alguno de los siguientes criterios de exclusión: menores de 18 años, incapacidad intelectual, o presencia de barreras comunicativas (idiomáticas, sensorio-perceptivas, mecánicas...).

Se estimó un tamaño muestral mínimo de 644 pacientes, para un nivel de confianza del 95% y un 80% de poder estadístico, con una varianza conocida de 92,29, y una precisión de $\pm 1,5$. La selección muestral se está realizando por muestreo consecutivo a todos los sujetos de estudio que cumplen los criterios de inclusión y ninguno de exclusión, sin excepción, hasta completar el tamaño muestral necesario.

La variable resultado es Seguridad Percibida, por medio de la Escala de Seguridad Percibida del Paciente ESP16, recogida por entrevista telefónica al propio paciente asistido de 15 a 20 días después de la asistencia. Se trata de un cuestionario heteroadministrado, cumplimentado por teléfono, en el que se valoran 16 afirmaciones con una escala que va desde "Total desacuerdo" hasta "Total acuerdo". La puntuación puede oscilar entre 0 y 80 puntos. En la validación de esta escala, el análisis factorial exploratorio detectó dos componentes que explicaban el 62,3% de la varianza total. El coeficiente de correlación intraclase (CCI) fue 0,814, con un intervalo de confianza al 95% (IC95%) entre 0,725 y 0,874. El coeficiente de correlación ítem-escala corregido para examinar la consistencia interna de sus ítems fue superior a 0,625. Con respecto a la consistencia interna de la escala, el valor del coeficiente Alpha de Cronbach fue 0,941(1).

Se están recogiendo además variables sociodemográficas, de la demanda asistencial, del propio paciente asistido, y del traslado al centro sanitario. Hay que destacar que se ha preguntado explícitamente sobre caídas, daños, lesiones o errores que hubieran percibido durante la asistencia. Se está utilizando el Sistema de Información de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (SIEPES) y las Historias Clínicas de cada paciente.

La estrategia de análisis contó con un análisis exploratorio de datos, análisis univariante y bivariante, con tests no paramétricos en

base a la distribución alejada de la normal de la variable dependiente (U de Mann Whitney para 2 muestras independientes, para variables dicotómicas; H de Kruskal-Wallis para k muestras independientes, para variables categóricas; Correlación Rho de Spearman, para variables cuantitativas). Cuando se realice la recogida de todos los datos se construirá un modelo de regresión lineal, siendo variables predictoras aquéllas que se relacionaron estadísticamente, o eran importantes de acuerdo a la bibliografía, con la variable dependiente. Se estableció un nivel de confianza del 95%.

Resultados. Se presentan los resultados tras haber recogido los datos del primer periodo de estudio. Al aumentar los periodos de recogida de datos se ha ampliado también el tamaño de la muestra, lo que redundará en una disminución del error aleatorio, mejorando la precisión de los resultados. En los 42 días consecutivos, entre marzo y abril de 2021, se entrevistaron a 647 pacientes, lo que representó el 28,3% de los sujetos seleccionados en este periodo (2.288 sujetos).

El perfil del sujeto estudiado fue el de un hombre (56,4%), con edad media de 58,7 años y estudios primarios (36,4%), autónomo para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (82,9%), asistido en Málaga (33,8%), en su propio domicilio (55,4%), por un equipo de emergencias 061 (78,0%) por dolor torácico (17,6%).

La Seguridad Percibida media fue $78,0 \pm 4,8$ (sobre 80 puntos), con un IC95% entre 77,68 y 78,42. La mediana fue de 80, el valor máximo posible, con un rango de 50 (los valores oscilaron entre 30 y 80 puntos). La distribución presentó una asimetría a la derecha (4,235) con una curtosis de 24,50. La prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra permitió rechazar la hipótesis nula de normalidad en la distribución, con un valor $p < 0,001$.

En el análisis bivalente, con respecto a las variables sociodemográficas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la edad, sexo o provincia del paciente. La prueba H de Kruskal-Wallis sí que determinó diferencias en relación al nivel máximo de estudios, con un valor $p < 0,001$. La seguridad percibida media en el grupo Sin estudios fue $79,30 \pm 1,73$, frente a $77,41 \pm 4,34$ del grupo Estudios universitarios, o $77,41 \pm 6,30$ del grupo Estudios secundarios.

Con respecto a las variables relacionadas con la demanda asistencial, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, conforme a la prueba H de Kruskal-Wallis, para el nivel de prioridad ($p = 0,037$, con media máxima de $78,26 \pm 4,67$ para Emergencias, frente a la media mínima de $74,97 \pm 7,66$ para Urgencias Demorables), el motivo de asistencia ($p = 0,008$, con media máxima de $78,76 \pm 2,73$ para Procesos Neurológicos, frente a la media mínima de $76,81 \pm 5,88$ para Procesos traumatológicos) y el lugar de la asistencia ($p = 0,034$, con media máxima de $79,50 \pm 0,97$ para Ambulancia, frente a la media mínima de $76,63 \pm 5,30$ para Trabajo). Sin embargo, no se encontró correlación entre la seguridad percibida y los tiempos de coordinación (Rho de Spearman $-0,048$ con $p = 0,225$) o de respuesta (Rho de Spearman $0,041$ con $p = 0,309$).

Con respecto a las variables relacionadas con el propio paciente asistido, sólo 16 pacientes (2,5%) manifestaron haber sufrido una caída, lesión o daño, con una puntuación de $68,75 \pm 13,87$, frente a $78,29 \pm 4,10$ de los que no lo sufrieron. Esta diferencia es estadísticamente significativa para una $p < 0,001$. Para el resto de variables estudiadas no se evidenciaron diferencias que fueran estadísticamente significativas: autonomía para las ABVD ($p = 0,676$), uso de material de inmovilización ($p = 0,238$), medicación en perfusión intravenosa ($p = 0,801$), mejoría del nivel de dolor ($p = 0,071$), ansiedad o nerviosismo ($p = 0,072$), acompañamiento en la asistencia ($p = 0,466$) y diagnóstico final ($p = 0,076$).

Por último, con respecto a las variables relacionadas con el traslado a centro sanitario, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones en función de la distancia de traslado ($p = 0,324$), el tiempo de traslado ($p = 0,990$), el uso de la silla de evacuación ($p = 0,755$), ni el acompañamiento en el traslado ($p = 0,383$).

Discusión. Conforme a los resultados de este primer periodo de recogida de datos, la seguridad percibida de los pacientes es mucho peor cuando manifiestan haber sufrido alguna caída, lesión o daño durante la asistencia y traslado. Se trata de una relación coherente, que no se había cuantificado previamente.

En general, los pacientes asistidos y trasladados por equipos de emergencias respondieron con valores muy altos en relación a la

percepción de su seguridad, que es acorde con estudios previos relacionados con la validación de escalas que miden la seguridad percibida en emergencias extrahospitalarias(1,2). En esta ocasión los sujetos de estudio son exclusivamente pacientes asistidos y trasladados por equipos de emergencias, mientras que en los estudios previos eran pacientes asistidos o no asistidos por equipos sanitarios, y trasladados o no trasladados a centro sanitario. Este hecho ha provocado que las puntuaciones de seguridad percibida hayan sido aún más altas.

Como ya ocurriera en la validación de la escala, las puntuaciones de seguridad percibida se relacionan con el nivel máximo de estudios. En este caso encontramos que los pacientes con estudios universitarias puntúan algo más bajo que el resto. Con respecto a las variables de la demanda asistencial sí que se encuentran diferencias en relación al nivel de prioridad, motivo de asistencia y lugar de asistencia. Las emergencias relacionadas con trauma grave (p.ej. accidentes de tráfico) se relacionan con puntuaciones más bajas de seguridad percibida(3).

Hasta el momento no se han encontrado diferencias en variables del propio paciente asistido o del traslado al centro sanitario. Cabe destacar la fuerte relación entre la seguridad percibida y la presencia de algún Incidente Relacionado con la Seguridad del Paciente (ISRP), de tal manera que aquellos pacientes que manifestaron haber sufrido alguna caída, lesión, daño o error puntuaron muy por debajo que los demás. Preguntar directamente a los pacientes es una fuente de información necesaria para la investigación, porque otros sistemas de notificación no siempre recogen todos los incidentes que ocurren. De hecho, estos ISRP no se reflejaron en ningún otro sistema de información, incluida la Historia Clínica.

Es necesario señalar como limitación del estudio que falta completar la muestra completa (segundo y tercer periodos) para asegurarnos que no hay otros factores que puedan estar confundiendo estas primeras relaciones. Entonces, el modelo de regresión lineal construido con todos los datos nos permitirá llegar a conclusiones más verosímiles, que nos permitan describir qué implicaciones tienen para la práctica. Hasta ahora no se había cuantificado aún la relación entre la seguridad percibida en emergencias extrahospitalarias y los factores que la podían condicionar. Mientras no conozcamos qué factores se relacionan con esa percepción de seguridad, no podremos actuar sobre aquéllos que mejoran o empeoran esa percepción, para mejorar la asistencia sanitaria (p.ej. aumentando el afrontamiento, disminuyendo dolor y/o ansiedad, mejorando la sujeción en el traslado, eliminando dispositivos no necesarios, etc...)(4). Y, por supuesto, tampoco podremos asociarla directamente con eventos adversos (EAs) o IRSP sin determinar qué factores podrían estar confundiendo dicha relación. Entendemos que, ahora que contamos con una herramienta validada para cuantificar la seguridad percibida de pacientes acerca de la asistencia sanitaria en urgencias y emergencias extrahospitalarias, será posible monitorizarla como indicador de seguridad del paciente válido, fiable y útil.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Péculo-Carrasco J-A, Rodríguez-Ruiz H-J, Gómez-Escorza J, Jiménez-Cordero J-P, Rodríguez-Bouza M, Sánchez-Almagro C-P, et al. Validación de una escala de seguridad percibida para pacientes trasladados al hospital tras asistencia extrahospitalaria urgente. *Rev Calid Asist.* 2013;28(3):163–73.
2. Péculo-Carrasco J-A, Rodríguez-Bouza M, Casal-Sánchez M-M, De-la-Fuente-Rodríguez J-M, Puerta-Córdoba A, Rodríguez-Ruiz H-J, et al. Development and Validation of a Safety Scale Perceived by the Witness of Prehospital Emergency Care. *J Patient Saf [Internet].* 2021;17(2):101–7. Available from: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000567>
3. Granström A, Strömmer L, Falk A-C, Schandl A. Patient experiences of initial trauma care. *Int Emerg Nurs [Internet].* 2019 Jan;42:25–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755599X18301137>
4. Venesoja A, Castrén M, Tella S, Lindström V. Patients' perceptions of safety in emergency medical services: An interview study. *BMJ Open.* 2020;10(10):e037488.

AUTORES/AUTHORS:

ANA ISABEL ROMERO ANIORTE, MIRIAM QUINTANA GINER

TÍTULO/TITLE:

SISTEMA DE TRIAJE PARA EVALUAR EL DOLOR TORÁCICO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS:

Construir una nueva escala simplificada que sirva de sistema de triaje precoz del DT para el personal de enfermería: 1. Determinar las características clínicas y del dolor de los pacientes ingresados por dolor torácico (DT). 2. Analizar la asociación de estas variables con el diagnóstico final de enfermedad coronaria. Evaluar el poder diagnóstico de la escala de Geleijnse en la población. 3. Construir una nueva escala a partir de dichas variables. 4. Comparación la potencia diagnóstica de la nueva escala frente a la establecida de Geleijnse en la población estudiada.

MÉTODOS Estudio observacional prospectivo de pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, consultando por DT. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, que presentan DT en reposo o progresivo de mínimos esfuerzos sugestivo de cardiopatía isquémica y que sean capaces de dar el consentimiento informado. Criterios de exclusión: pacientes cuyo diagnóstico al alta estaba relacionado con patologías no relacionadas con cardiopatía. Variables: datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular, procedimientos realizados al ingreso así como antecedentes clínicos de interés. Para la evaluación del dolor se utilizó la escala del DT de Geleijnse et al. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences, versión 22 (SPSS, Inc., Chicago, EEUU).

RESULTADOS:

De los 984 pacientes que se incluyeron en el estudio 398 presentaron electrocardiograma y troponina T normales al ingreso por lo que fueron incluidos en la Unidad del Dolor Torácico. 1. Los pacientes que consultan en el servicio de urgencia por DT y no muestran cambios sugestivos de isquemia ni en el electrocardiograma, ni en la evaluación de la troponina (Tn), no están exentos de riesgo coronario, por lo que se hace imprescindible implementar estrategias que estimen el riesgo de Síndrome Coronario Agudo (SCA) con mayor precisión, siendo el personal de enfermería quien puede realizar este triaje previo y la estimación del riesgo. 2: Las principales variables predictoras halladas en nuestra población son la edad mayor o igual de 67 años, el sexo masculino, la dislipemia, los antecedentes de angina inestable y los antecedentes psiquiátricos. Respecto al DT, la irradiación a ambos brazos, el carácter fuertemente opresivo, la disnea y la presencia de angina de esfuerzos previa, mostraron ser variables predictoras independientes de SCA. 3: El análisis de las principales variables predictoras halladas nos ha permitido construir la escala UDT-67, atribuyendo la puntuación a cada ítem en función de su valor predictivo. 4: La escala UDT-67 es más precisa que la escala del DT de Geleijnse et al. en la predicción del origen coronario del dolor, en pacientes que consultaron por DT y en ausencia de cambios en el ECG sugestivos de isquemia o elevación plasmática de Tn. La escala UDT-67 se puede aplicar de manera rápida y simple por el personal de enfermería, suponiendo una mejora en la exactitud diagnóstica y pronóstica sobre el esquema habitual ya que permite clasificar al paciente en función del riesgo y permite tomar decisiones con mayor celeridad.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio hemos constatado que los pacientes que acuden a urgencias por DT suponen una enorme carga asistencial y sigue suponiendo un importante reto diagnóstico, sobre todo en los pacientes cuyo origen del dolor es coronario.

La información que nos ofrece el paciente nos puede orientar en el diagnóstico, que más tarde confirmaran las pruebas médicas. Por lo tanto una entrevista dirigida y específica cómo la sugerida por nuestra nueva escala del dolor nos permite centrar la conversación

y recopilar la información necesaria sin caer en el exceso o defecto de información que nos puede proporcionar una inadecuada evaluación.

El personal de enfermería, por sus características y funciones, en numerosas ocasiones va a recibir al paciente con problema cardiológico en servicios como el de urgencias o en atención primaria. Y en otras ocasiones va a tener una estrecha relación con el paciente durante su ingreso hospitalario en servicios más especializados como el de cardiología o en las Unidades del Dolor Torácico (UDT). Independientemente del ámbito en el que nos encontremos, enfermería debe realizar un registro y valoración del dolor tanto para contribuir al diagnóstico médico como para la puesta en marcha de los diagnósticos enfermeros y el plan de cuidados.

La valoración de enfermería puede ayudar a simplificar el proceso diagnóstico en estos pacientes, siendo prioritario acortar tiempos para decidir el ingreso en Cardiología o darles el alta de forma rápida y segura, gracias a una escala eminentemente clínica y sencilla.

Enfermería no solo debe estar familiarizada con la presentación típica del DT sino que además debe registrar y evaluar de manera precisa y continúa los eventos. Para ello debería disponer de herramientas fáciles, como es el test que hemos utilizado, que de manera sistemática permita registrar la información e incrementa una comunicación fluida y eficaz entre el resto de miembros del equipo multidisciplinar.

El triaje por parte de enfermería podría ayudar a identificar que pacientes podemos pensar en hacer test rápidos o incluso enviarlos a estudio ambulatorio. Para esta finalidad proponemos el uso de la escala UDT-67 por su precisión para la estimación del riesgo y por su fácil aplicación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Martínez-Sellés M, Bueno H, Sacristán A, Estévez Á, Ortiz J, Gallego L, et al. Dolor torácico en urgencias: frecuencia, perfil clínico y estratificación de riesgo. *Revista española de cardiología*. 2008;61(9):953-9.

JA. BR. Retos actuales en el diagnóstico y manejo del SCA en España. [libro electrónico]. Disponible en:

<http://www.secardiologia.es/publicaciones/catalogo/libros/5657-retos-actuales-en-el-diagnostico-y-manejo-del-sca-en-espana2013>.

Lloyd-Jones DM. Cardiovascular risk prediction basic concepts, current status, and future directions. *Circulation*.

2010;121(15):1768-77.

Martínez-Sellés M, Ortiz J, Estévez Á, Andueza J, Miguel Jd, Bueno H. Un nuevo índice de riesgo para pacientes con ECG normal o no diagnóstico ingresados en la unidad de dolor torácico. *Revista Española de Cardiología*. 2005;58(07):782-8.

Geleijnse ML, Elhendy A, Kasprzak JD, Rambaldi R, Van Domburg RT, Cornel JH, et al. Safety and prognostic value of early dobutamine-atropine stress echocardiography in patients with spontaneous chest pain and a non-diagnostic electrocardiogram. *2000-03-01 00:00:00*. 397-406 p.

Sanchis J, Bodi V, Llaver A, Nuñez J, Consuegra L, Bosch M, et al. Risk stratification of patients with acute chest pain and normal troponin concentrations. *Heart*. 2005;91(8):1013-8.

Ho JK, Suen LK. Effectiveness of Using the Front Door Score to Enhance the Chest Pain Triage Accuracy of Emergency Nurse Triage Decisions. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2013;28(6):E55-E64.

Camarero ARA, Cobo PL, Torre EG, Pérez MC, Suárez LM, Hernández P. Valoración del dolor torácico en un servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*. 2006(39):27-32.

- Alconero Camarero AR, Pérez Mena S, Fernández Gutiérrez R, JM. SV. Registros de enfermería en la valoración del dolor en el infarto agudo de miocardio. *Enferm Cardiol.* 1999;6(17):20-4.
- Ho JK, Suen LK. Effectiveness of using the front door score to enhance the chest pain triage accuracy of emergency nurse triage decisions. *The Journal of cardiovascular nursing.* 2013;28(6):E55-64.
- SI. GM. Enfermería ante el dolor torácico de origen cardiológico en una unidad de hospitalización. *Enferm Cardiol.* 2006;12(36):45-9.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Álvarez-García, Sixto Cámara-Anguita, José María López-Hens, Nani Granero-Moya, María Dolores López-Franco, Inés María Comino-Sanz, Sebastián Sanz-Martos, Pedro Luis Pancorbo-Hidalgo

TÍTULO/TITLE:

Desarrollo de un Sistema de Triage Aéreo Remoto mediante el uso de drones para incidentes con múltiples víctimas

Objetivo

En la actualidad, las nuevas tecnologías tienen una gran importancia en nuestra sociedad, por lo que su uso está aumentando en el ámbito sanitario (1). Estas tecnologías ayudan a acelerar la prestación de asistencia en algunas situaciones de riesgo vital (2). Recientemente, el uso de vehículos aéreos no tripulados o drones en emergencias sanitarias ha aumentado. Una de las principales ventajas del uso de drones es que evita poner en peligro a los rescatadores en casos de tiroteos, incendios, radiación o presencia de agentes infecciosos, explosivos, humo o gases (3). Los drones se utilizan ampliamente en las emergencias sanitarias porque pueden cubrir grandes distancias en poco tiempo y acceder a lugares a los que los rescatadores tienen difícil acceso (4), por ejemplo, a entornos rurales.

El uso de un dron permite evaluar varios factores importantes en un accidente con múltiples víctimas (AMV), como el tipo de accidente, la magnitud, los peligros adicionales, el número y la ubicación de los heridos y las posibles vías de acceso y evacuación (5). La evaluación temprana de la zona del incidente facilitará el establecimiento temprano de un plan de acción y mejorará la gestión del AMV (6).

Existen varios sistemas de triaje para AMV, sin embargo, ninguno de los sistemas existentes es aplicable en todas las situaciones, ya que su uso no está establecido, por ejemplo, en situaciones en las que puede haber riesgos biológicos, químicos, radiológicos o riesgos de infección, mala iluminación, zonas rurales o montañosas, en definitiva, en AMV o emergencias complejas o de difícil acceso (7). Así pues, nuestro estudio tiene como objetivo desarrollar un procedimiento de triaje a distancia utilizando drones.

Métodos

Este estudio fue llevado a cabo en tres fases: 1) revisión de la literatura, 2) desarrollo del algoritmo de triaje con drones y 3) evaluación del algoritmo por expertos.

Fase 1. Revisión de la literatura

La búsqueda de estudios publicados se realizó en bases de datos online: Global Health, Web of Science, Scopus, Cochrane, CINAHL, Health and Medical, Medline, ScienceDirect, Cuiden Plus, Dialnet Plus, IME y LILACS. La estrategia de búsqueda empleó los términos terremoto, emergencia médica, drones, ataque terrorista, triaje y vehículo aéreo no tripulado, en español e inglés. Se recuperaron artículos publicados hasta enero de 2021. También se realizó una búsqueda inversa a partir de la lista de referencias de cada uno de los artículos inicialmente recuperados.

Fase 2. Desarrollo de un algoritmo de triaje con drones

La primera versión del algoritmo de triaje remoto se desarrolló a partir de la revisión de la literatura basada en los sistemas de triaje existentes y en la experiencia práctica de los autores. Esta primera versión cubría los siguientes aspectos: 1) hemorragia masiva, 2) deambulacion, 3) conciencia y 4) signos de vida. Esta versión clasificaba a los heridos en cuatro niveles: prioridad 1 (rojo), prioridad 2 (amarillo), prioridad 3 (verde) y prioridad 4 (negro). Esta versión preliminar se presentó en un congreso internacional (8) y, debido a los comentarios y opiniones suscitados, se decidió crear un nuevo código "violeta" para la sospecha de muerte y cambiar la prioridad 4 (negra) por la prioridad * (violeta), ya que no se considera ético clasificar a distancia a una persona como muerta, sino que debe ser triada in situ cuando los primeros intervinientes puedan acceder al lugar del accidente. Este algoritmo del Sistema de Triage Aéreo Remoto (ARTS) se probó mediante tres pequeñas simulaciones.

Fase 3. Evaluación del algoritmo por expertos

El algoritmo ARTS fue evaluado por un panel de expertos a través de una encuesta online. Los expertos fueron reclutados intencionadamente mediante la búsqueda de profesionales sanitarios que hubieran publicado sobre el uso de drones en la asistencia sanitaria o en las emergencias sanitarias. El panel incluía profesionales de diferentes disciplinas, entornos (académico y sanitario) y ubicación (España y otros países). En primer lugar, se contactó con ellos por correo electrónico o por teléfono, pidiéndoles consentimiento verbal para participar. Quince expertos aceptaron y se les envió un enlace a una encuesta online.

El objetivo del estudio y las instrucciones para evaluar el ARTS se mostraron al principio de la encuesta. La primera ronda de la encuesta (evaluación del algoritmo) se realizó del 27 de mayo al 21 de junio de 2020, y la segunda ronda (evaluación de los vídeos de simulación) del 15 al 28 de febrero de 2021.

En la primera ronda de la encuesta, el formulario incluía tres secciones. La sección 1 contenía algunas preguntas sobre la formación de los encuestados, su campo de trabajo y sus años de experiencia en emergencias y catástrofes. La sección 2 tenía once afirmaciones sobre el uso de drones en la asistencia sanitaria y la sección 3 tenía trece afirmaciones sobre el algoritmo de triaje ARTS. Los enunciados de estas secciones se redactaron a partir de la información obtenida de la revisión bibliográfica. Se pidió a los participantes que indicaran su nivel de acuerdo con cada afirmación en una escala Likert de cuatro puntos, desde uno (completamente en desacuerdo) hasta cuatro (completamente de acuerdo); y también se les animó a añadir comentarios a cualquiera de las afirmaciones, especialmente cuando estaban en desacuerdo total o parcial.

En la segunda ronda, se pidió a los expertos que vieran siete vídeos cortos en los que se mostraban imágenes tomadas con la cámara de un dron en emergencias simuladas para los diferentes pasos del algoritmo ARTS (valoración del escenario, reclutamiento, evaluación del sangrado, compresión manual, valoración de la conciencia, valoración de signos vitales y posición lateral de seguridad) y que calificaran la utilidad del dron en cada caso (en una escala de 5 puntos). Los expertos tuvieron la posibilidad de redactar comentarios sobre los vídeos.

Se enviaron recordatorios para mejorar la tasa de respuesta. Los datos de la encuesta se tabularon para su análisis y se eliminó el nombre de los expertos y se sustituyó por un código.

La concordancia entre la opinión de los expertos se estimó a partir del ratio de validez de contenido (CVR), calculado como $CVR = (n_e - N/2)/(N/2)$, donde n_e representa el número de expertos que estaban de acuerdo con una afirmación (puntuación de 3 o 4 en la primera ronda y de 4 o 5 en la segunda) y N representa el número de expertos. El valor óptimo del CVR se establece en 0,49 para un panel de 15 expertos (9). Además, se realizó una síntesis cualitativa de los comentarios de los expertos.

Resultados

Tras el cálculo de los ratios de acuerdo, solo la evaluación a víctimas inconscientes sin signos de vida no llegó al valor aceptable ($0,33 \pm 0,90$). Con los resultados obtenidos se reformuló el algoritmo, evaluándose por orden: 1) hemorragia masiva, 2) deambulacion, 3) conciencia y 4) signos de vida. A partir de esta información se clasifica a las víctimas en varias categorías: prioridad 1 (rojo; víctimas con hemorragia exanguinante, $0,50 \pm 1,06$; o inconscientes con signos de vida, $0,83 \pm 0,65$), prioridad 2 (amarillo; víctimas incapaces de deambular pero conscientes, $0,67 \pm 0,97$), prioridad 3 (verde; víctimas con capacidad de deambulacion, $0,67 \pm 1,00$) y prioridad * (violeta; víctimas inconscientes sin signos de vida, que se pueden presumir fallecidas pero a las que no se considera ético clasificar como tal de forma remota o con color negro, ni tampoco clasificar como prioridad 1 o roja, ya que esta situación especial necesitaría reevaluación in situ). El algoritmo, además, incluye la posibilidad de realización de maniobras salvadoras, como la compresión de las lesiones exanguinantes o la adopción de la posición de recuperación para víctimas inconscientes ($0,60 \pm 0,83$).

Discusión

El ARTS se propone como un sistema de triaje alternativo para utilizar en escenarios de AMV en los que (o mientras que) no es

posible utilizar el sistema convencional terrestre; pero no pretende sustituir a los actuales sistemas de triaje. En general, los expertos encuestados apoyaron la viabilidad del triaje a distancia mediante drones y los pasos del algoritmo ARTS pero surgieron algunas consideraciones.

En cuanto al uso de drones para la evaluación inicial y la intervención en AMV, los expertos mencionaron tres dificultades en el uso de drones para el triaje, como son la comunicación a distancia, la intervención con los bystanders y la evaluación individual de los heridos. Sin embargo, en estudios anteriores, Jain et al. (10) informaron de que, en escenarios simulados de AMV, los heridos eran capaces de seguir las instrucciones dadas por los primeros intervinientes a través de un altavoz incorporado en un dron.

A diferencia de los sistemas tradicionales de triaje en tierra, los ARTS recomiendan no pedir a los bystanders que abandonen la zona del incidente (si es segura) para que puedan ayudar a los heridos. El ARTS incluye la posibilidad de realizar una evaluación individual de los lesionados en busca de signos de vida, utilizando un dron equipado con una cámara; sin embargo, este es un punto sin consenso entre los expertos. Algunos estudios previos encontraron que el 82% de los profesionales sanitarios que participaron en el triaje con drones en un AMV clasificaron adecuadamente a 12 de 15 heridos utilizando el método SALT (6).

El primer paso en el triaje con ARTS es identificar a los heridos que pueden caminar o moverse emitiendo un mensaje a través del altavoz del dron. Se trata de un proceso habitual en diferentes sistemas de triaje e incluido en el Compendio Hartford-TECC (11). La secuencia de evaluación propuesta en el ARTS (1- hemorragia masiva, 2- deambulación, 3- conciencia, 4- signos de vida) no alcanzó un consenso total entre los expertos del panel; sin embargo, esta secuencia es similar a la propuesta por varias guías de triaje (11). La identificación precoz de los heridos con hemorragias importantes es un paso importante en el método STAR. Aunque algunos expertos consideran que primero se debe evaluar si los heridos pueden o no caminar para clasificarlos como verdes; pero uno de los principios básicos del triaje es la justicia, por lo que se considera preferible asistir primero a los heridos más graves. Una persona con una hemorragia importante puede entrar en shock y morir en cuestión de minutos, por lo que intervenciones como la compresión directa de la herida podrían salvarle la vida. Además, un dron puede suministrar algunos dispositivos (torniquetes, apósitos o analgésicos), cuando la compresión directa de la herida no es suficiente.

Dentro del sistema de triaje que estamos desarrollando (ARTS) se propone el código de color violeta para los heridos sin signos aparentes de vida, en lugar del código de color negro, porque no es posible confirmar a distancia una muerte. El uso de este color indica, por un lado, la extrema gravedad del herido a la espera de la confirmación de su estado por parte de los primeros intervinientes cuando lleguen al lugar de los hechos y, por otro lado, una forma de diferenciarlo del código rojo.

Este estudio tiene algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. Se trata de una validación inicial del triaje utilizando drones y del algoritmo ARTS. Su desarrollo se basa en una búsqueda bibliográfica y en la amplia experiencia práctica en el campo de las emergencias sanitarias de los autores, combinada con las aportaciones del panel de expertos. Sin embargo, se trata de un modelo teórico que tiene que ser probado, primero en escenarios simulados y luego en AMV reales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Lagares Suárez M, González-Sanz J, Mena-Navarro F. Uso de drones en actuaciones de enfermería en emergencias y catástrofes: una propuesta de formación [Use of drones in nursing activities in emergencies and disasters: A training proposal]. *Enfermería Comunitaria*. 2019;15:e125.
2. Soriano Torres A, Pérez Fernández C, Maestra Lozano M. Utilidad y aplicación de los drones en la actuación de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes [Use and application of drones in emergency and disaster nursing]. *Parainfo Digital*. 2019;XIII(29):e048.
3. Karaca Y, Cicek M, Tatli O, Sahin A, Pasli S, Beser MF, et al. The potential use of unnamed aircraft system (drones) in mountain search and rescue operations. *Am J Emerg Med*. 2018;36:583–8. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.09.025>
4. Escalada Roig FJ. Drones at the service of emergency responders: Rather more than more toys. *Emergencias*. 2016;28(2):73–4.
5. Carrillo-Larco RM, Moscoso-Porras M, Taype-Rondan A, Ruiz-Alejos A, Bernabe-Ortiz A. The use of unmanned aerial vehicles for

health purposes: A systematic review of experimental studies. *Glob Health Epidemiol Genom.* 2018;3:e13.

<https://doi.org/10.1017/gheg.2018.11>

6. Sibley AK, Jain TN, Butler M, Nicholson B, Sibley D, Smith D. Remote scene size up using an unmanned aerial vehicle in a simulated mass-casualty incident. *Prehosp Emerg Care.* 2019;23(3):332–9. <https://doi.org/10.1080/10903127.2018.1511765>
7. Jenkins JL, McCarthy ML, Sauer LM, Green GB, Stuart S, Thomas TL, et al. Mass- casualty triage: Time for an evidence-based approach. *Prehosp Disaster Med.* 2008;23(1):3–8. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00005471>
8. López Hens JM. RPAS as a health tool in complex emergency environments. Brussels, Belgium: European Emergency Number Association; 2018.
9. Wilson FR, Pan W, Schumsky DA. Recalculation of the critical values for Lawshe's content validity ratio. *Meas Eval Couns Dev.* 2012;45(3):197–210.
10. Jain T, Sibley A, Stryhn H, Hubloue I. Comparison of unmanned aerial vehicle technology-assisted triage versus standard practice in triaging casualties by paramedic students in a mass-casualty incident scenario. *Prehosp Disaster Med.* 2018;33(4):375–80. <https://doi.org/10.1017/S1049023X18000559>
11. Carter H, Drury J, Rubin GJ, Williams R, Amlôt R. Applying crowd psychology to develop recommendations for the management of mass decontamination. *Health Secur.* 2015;13(1):45–53. <https://doi.org/10.1089/hs.2014.0061>

AUTORES/AUTHORS:

Mónica Rodríguez Bouza, José Manuel De la Fuente Rodríguez, Hugo José Rodríguez Ruíz, María del Mar Casal Sánchez, César Pedro Sánchez Almagro, Juan Antonio Péculo Carrasco

TÍTULO/TITLE:

NIVEL DE VULNERABILIDAD DE PACIENTES ASISTIDOS Y TRASLADADOS POR EQUIPOS DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS EN ANDALUCÍA

Objetivo. Cuantificar el nivel de vulnerabilidad de pacientes asistidos y trasladados por equipos móviles de emergencias.

Este es un objetivo secundario del Proyecto PI19/00385 "Factores relacionados con la percepción de seguridad en asistencias y traslados de equipos móviles de emergencias en demandas asistenciales urgentes o emergentes", financiado por el Instituto de Salud Carlos III y cofinanciado por la Unión Europea (FEDER "Una manera de hacer Europa")

Métodos:

Diseño y Ámbito de estudio: Estudio observacional transversal, multicéntrico, en el que están participando los 8 servicios provinciales de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Andalucía. La recogida de datos se está realizando desde abril de 2021 hasta febrero 2022.

Población de estudio: Son sujetos de estudio todos los paciente asistidos y trasladados al hospital, por equipos móviles de emergencias, por cualquier motivo de demanda. El criterio de exclusión es ser menor de 18 años.

Se estimó un tamaño muestral de 643 pacientes, para un nivel de confianza del 99%, con una varianza conocida de 97,8, y una precisión de ± 1 . La selección muestral se está realizando por muestreo consecutivo, en tres periodos del año, desde abril de este año hasta febrero de 2022.

Variables: La variable principal es el Nivel de Vulnerabilidad. Además, se están recogiendo variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, etc...), de la propia demanda asistencial (nivel de prioridad asignado, motivo de asistencia, lugar de asistencia, etc...) y del paciente que hemos atendido y trasladado (Nivel de autonomía para ABVD, problema de autonomía en movilidad, etc...).

La vulnerabilidad del paciente se cuantifica mediante la "Escala de Vulnerabilidad 8x40" que consta de 3 dimensiones: Respiración, Movilidad y Seguridad. La puntuación mínima que puede alcanzarse en la Escala es de 8, y la máxima es de 40. Puntuaciones bajas se correlacionan con niveles bajos de vulnerabilidad, y, por tanto, con parámetros de normalidad; mientras que las puntuaciones altas indican niveles altos de vulnerabilidad.

Recogida de datos: Se está realizando mediante revisión de la Historia Clínica Digital en Movilidad (HCDM) que recoge toda la información relacionada con la asistencia de cada paciente y a través del Sistema de Información de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (SIEPES)

Análisis de datos: La estrategia de análisis cuenta con un análisis exploratorio de datos, análisis univariante y bivariante. Se establece un nivel de confianza del 95%.

Resultados.

Se presentan datos preliminares del primer periodo de estudio. Hasta la fecha se han obtenido datos de 1154 pacientes. El perfil de nuestro paciente es de un hombre (58,2%), con edad media de 58,3 años y desviación estándar (DE) 21,4, con estudios primarios (36,4%), que es autónomo para las actividades básicas de la vida diaria (82,9%), atendido en domicilio (55,7%) y tratado en la provincia de Málaga (32,2%) por un equipo de emergencias 061 (78,0%) a causa de un proceso cardiológico (30,2%) considerado emergente (63,2%).

Se evaluó la normalidad de la distribución de la variable vulnerabilidad mediante test de Kolmogorov-Smirnov, así como la comprobación de la asimetría y curtosis. Se detectó que no tiene una distribución normal y por ello utilizamos test no paramétricos como la U de Mann-Whitney o la prueba Kruskal-Wallis.

El Nivel de Vulnerabilidad presenta una media de 15,51 (DE 6,68), sobre 40 puntos. La mediana es 14 y el rango de 32 con puntuación mínima de 8 y máxima de 40. Presenta una asimetría a la derecha (+1,53) y la curtosis es 2,12.

En el primer análisis bivalente que se ha realizado se aprecian los siguientes resultados:

Existe una correlación con la edad de +0,295 ($p < 0,01$), de tal forma que a mayor edad mayor es el nivel de vulnerabilidad. En cuanto a la variable sexo, en estos primeros resultados no encontramos diferencia significativa.

Con respecto al nivel de autonomía para las ABVD, los pacientes con suplencia son más vulnerables que los autónomos 14,66 (DE 6,26). Además, aquellos pacientes con suplencia total 24,41 (DE 6,35) son muchos más vulnerables que los que tienen suplencia parcial 18,27 (DE 6,31).

En pacientes con Problema de Autonomía en Movilidad el nivel de vulnerabilidad es 17,46 (DE 7,66), frente a los 13,53 (DE 4,80) de los que no tienen ($p < 0,001$).

Podemos apreciar además que los pacientes asistidos por una emergencia son más vulnerables 16,28 (DE 7,07) que los asistidos por urgencias, tanto demorable 13,02 (DE 4,14) como no demorable 14,29 (DE 5,83). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Por último, encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación al diagnóstico final en este caso agrupados por procesos. Se intuye que los Procesos respiratorio 20,62 (DE 6,73) y neurológico 19,01 (DE 8,03) se relacionan con mayores niveles de vulnerabilidad ($p < 0,001$).

Discusión. De acuerdo a estos resultados preliminares, los pacientes con pérdida de autonomía para la movilidad, con suplencia para las ABVD, asistidos por Emergencias derivadas de un proceso Respiratorio o Neurológico son más vulnerables. Además, se relaciona con la edad, factor que en el estudio EVADUR también se ha relacionado con mayor riesgo de padecer un Evento Adverso (EA) en Urgencias. Este mismo estudio se establece también dentro el perfil de pacientes que sufrieron Evento Adverso el mayor nivel de gravedad del motivo de consulta.

El estudio ENEAS identificó que la vulnerabilidad del paciente tiene un papel destacado en la génesis de los EA relacionados con la asistencia sanitaria, y si ésta era compleja, mayor era el impacto de los EA. La complejidad del ámbito clínico de las Emergencias Extrahospitalarias está determinada por un contexto clínico complicado y cambiante que en muchos casos deriva en un traslado en condiciones difíciles a lo que debemos sumar el riesgo inherente a la evacuación en unidades móviles terrestres o aéreas. Pero esta complejidad también está definida por las condiciones clínicas que presenta el paciente, frecuentemente con su capacidad de autoprotección comprometida (inconsciente, desorientado, con alto nivel de dolor etc). En varios estudios, un porcentaje importante de pacientes presentaron más de un incidente (en el estudio sobre incidentes y eventos adversos en medicina intensiva SYREC, el 58,1% de los pacientes estudiados). Esta circunstancia nos alerta sobre pacientes especialmente vulnerables, entre los que se incluiría el enfermo crítico. En el ámbito de los cuidados críticos niveles altos de vulnerabilidad se han asociado a una baja consecución de resultados de salud sobre el paciente.

Es necesario completar la muestra para asegurar que no haya otros factores que puedan confundir esta relación el realizar análisis multivariante.

Implicaciones para la práctica. La prevención de problemas relativos a la Seguridad del Paciente es un componente fundamental en una asistencia de calidad. La situación de vulnerabilidad en la que se encuentra el paciente se ha identificado como factor de riesgo en la aparición de EA. Ya existe una herramienta validada para cuantificar el nivel de vulnerabilidad en emergencias extrahospitalarias: la Escala de Vulnerabilidad 8x40. Hasta ahora no se había medido el nivel de vulnerabilidad de nuestros

pacientes. Cuantificar el nivel de vulnerabilidad de los pacientes en el entorno extrahospitalario de urgencias, a través de una herramienta validada, nos permite establecer estrategias de prevención y orientar los cuidados para garantizar una mejor seguridad del paciente, en especial en los que presentan mayor riesgo.

Los autores declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.

Montero García, A; Jiménez Guerrero, OP; Caravias Chaves, E; González Aranda, L; García Mayor, S; Morales Asencio, J M. Psychometric Design and Validation of an Adverse Event Vulnerability Scale in Prehospital Emergency Care, *Journal of Patient Safety*: 2020;16 (4): 267-272.

Montero García A, Morales Asencio JM, Trujillo Illescas JA, Martí C. Factores relacionados con la pérdida de autonomía durante la atención prestada por los servicios de emergencias extrahospitalarias. *Emergencias*. 2016;28(5):340-4.

Estudio APEAS. Estudio Sobre La Seguridad de Los Pacientes En Atención Primaria de Salud. Madrid; 2008.

Incidentes Y Eventos Adversos En Medicina Intensiva. Seguridad Y Riesgo En El Enfermo Crítico. SYREC 2007. Madrid; 2009.

AUTORES/AUTHORS:

Leticia Sánchez Del Río, Roberto González Juan, María Rosa Enamorado Sastre, Candelas Laguna Peláez, Luis Carnerero Peñalver, María Margarita Báez Del Pozo, José Luis Carranza Rodríguez, Ana María López Nájera, Lourdes Cordovilla González

TÍTULO/TITLE:

GESTIÓN DE TIEMPOS DURANTE LA PANDEMIA EN LOS SOPORTES VITALES AVANZADOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN

ANTECEDENTES: La enfermedad COVID-19 tuvo un avance rápido y sorprendente para todos los servicios sanitarios (1). Hubo que implementar nuevos protocolos para garantizar la seguridad del personal sanitario y evitar la propagación de la enfermedad (2,3). Los canales de comunicación de los alertantes, telefónicos principalmente, con los sistemas sanitarios estuvieron colapsados por el número elevado de demandas asistenciales en el inicio de la pandemia(4). Los servicios de emergencias sanitarias, a menudo primer acceso a los sistemas de salud se vieron también afectados por esta situación (5). Los principales cambios asistenciales durante la pandemia se produjeron entre enero y marzo de 2020, diversas circulares informaban a los profesionales sanitarios de la obligatoriedad de modificar sus actuaciones. En la mayoría de los casos, su cumplimiento conllevaba el alargamiento de los tiempos de activación (2,3).

OBJETIVO: Determinar el impacto de la pandemia por coronavirus asociado a la gestión de tiempos en los procesos atendidos por las Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME) del Servicio de Emergencias Sanitarias de Castilla y León (SES CyL).

METODOLOGÍA: Diseño del estudio: Estudio retrospectivo observacional descriptivo y comparativo de los datos sobre los pacientes atendidos por las UME del SESCyL en dos periodos: de enero a noviembre de 2019 y de enero a noviembre de 2020.

La población a estudio es la población de Castilla y León en 2019 (2.399.548 de personas) y en 2020 (2.394.918 de personas) (10).

La muestra la conforman todos los pacientes atendidos por las 23 UME del SESCyL en los dos periodos a estudio.

Descripción servicio de emergencias: El SESCyL es un servicio asistencial de la Gerencia Regional de Salud (SACYL) de ámbito autonómico, adscrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proporciona asistencia sanitaria a las urgencias y emergencias extrahospitalarias. Organizada desde el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) coordina la entrada de alertas a través del número 112 y por medio de reguladores sanitarios asigna los recursos sanitarios móviles de los que dispone: 23 soportes vitales avanzados conocidos como UME, 3 Helicópteros Sanitarios, 17 UVIS móviles de traslados interhospitalarios y 117 Unidades de Soporte Vital Básico.

El presente estudio valora la asistencia prestada por las 23 UME. Los datos son facilitados por el SESCyL a mediante los informes mensuales de situación de cada UME. Aprobado por Comité de Ética del Área de Salud de Ávila con registro GASAV/2021/13.

VARIABLES a estudio: Número total de pacientes atendidos y siete variables de gestión de tiempos. Todas las variables son estudiadas en el año 2019 y 2020. Se considera también la unidad de procedencia, con un total de 23 UME, codificando la variable bases agrupadas según criterios demográficos y asistenciales similares obteniendo cuatro grupos de análisis: urbana 1, urbana 2, semiurbana y rural. Se generan variables diferenciales entre los dos años estudiados en valores absolutos y porcentajes.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES DE GESTIÓN DE TIEMPOS La utiliza el sistema de comunicación IVR (Interactive Voice Response) para que el CCU conozca y registre el estado en el que se encuentra el recurso que asignado a un incidente. Éste introduce un código mediante llamada telefónica a la plataforma en cada cambio de estado, siendo la hora registrada por el sistema la que limita los siguientes tiempos de gestión de incidentes: Tiempo de activación: tiempo transcurrido desde que se asigna el recurso por el CCU hasta la hora de activación del mismo, Tiempo de trayecto: tiempo transcurrido desde que se activa el recurso hasta su llegada, Tiempo de asistencia: tiempo transcurrido desde que el recurso indica llegada al lugar de la asistencia hasta la hora de finalización de la misma, Tiempo de estabilización: tiempo transcurrido desde la llegada del recurso hasta el inicio de traslado Tiempo de traslado: tiempo transcurrido desde el inicio del traslado hasta la llegada al centro sanitario, Tiempo de transferencia: tiempo

trascendido desde la llegada al centro sanitario hasta la hora de finalización. Tiempo medio de activación: Suma de los tiempos de activación, trayecto, estabilización, traslado y transferencia.

Análisis estadístico realizado a través de la herramienta SPSS versión 26. Según pruebas de normalidad se definen valores de tendencia central para cada una de las variables, utilizando test de Shapiro-Wilk al ser las unidades de análisis inferior a 55 (23 unidades de análisis). Las variables no paramétricas se describen con mediana (Me) y rango intercuartílico (RIC) y las variables paramétricas con media (ME) y desviación estándar (DE). Los análisis de correlaciones se realizan con test de Pearson y rho de Spearman, y el análisis de muestras relacionadas con T de Student.

RESULTADOS: Análisis descriptivo: Las llamadas de demanda asistencial reguladas por el CCU registradas en 2019 son 245.740 y en 2020 son 327.273, aumentando en un 33,21%. Sin embargo los recursos UME movilizados pasan de 29.019 en 2019 a 27.235 en 2020, disminuyendo un 5,83%. Las intervenciones realizadas por las UME disminuyen en una media del 7,1% (DE 2,7%).

Presentamos la serie de gestión de tiempos en minutos con valores absolutos, el primer dato corresponde a año 2019 y el segundo a 2020. Tiempo medio de activación Me 3 (RIC2-3)-Me 5(RIC 4-5), tiempo medio de trayecto Me 10(RIC8-12)-Me 11(RIC 8-13), tiempo medio de asistencia Me 40(RIC 38-54)- Me 46(RIC 41-59), tiempo medio de estabilización Me 25(RIC 24-26)-Me 28(RIC 25-30), tiempo medio de traslado Me 16(RIC 12-38)-Me 17(RIC 12-42), tiempo medio de transferencia Me 10(RIC 9-12)-Me 15(RIC 13-18) y tiempo medio de ocupación Me 51(RIC 47-64)-Me 59(RIC 52-69).

Se segmenta la procedencia de los datos según la tipología de las UME que atienden los incidentes en URBANA 1: tiempo medio de activación Me 3(RIC 3-3)-Me5(RIC 5-6), tiempo medio de trayecto Me 8 (RIC 8-8)-Me 6(RIC 8-8), tiempo medio de asistencia ME 34(RIC 36-38)- Me 37(RIC 40-42), tiempo medio de estabilización Me 23(RIC 25-26)-Me25(RIC 27-28), tiempo medio de traslado Me 10(RIC 11-12)-Me 10(RIC 12-14), tiempo medio de transferencia Me 9(RIC 12-13)-Me 11(RIC 15-16) y tiempo medio de ocupación Me 43(RIC46-67)-Me 49(RIC 51-52). URBANA 2: tiempo medio de activación Me 2(RIC 2-3)-Me 5(RIC 4-5), tiempo medio de trayecto Me 10 (RIC 8-11)-Me 11(RIC 9-12), tiempo medio de asistencia 40(37-42)- 46(42-48), tiempo medio de estabilización 24(22-26)-27(23-29), tiempo medio de traslado 15(13-17)-16(13-18), tiempo medio de transferencia 9(8-10)-13(12-16) y tiempo medio de ocupación 50(47-52)-58(54-59). SEMIURBANA: tiempo medio de activación Me 2(RIC 2-3)-Me4 (RIC 4-5), tiempo medio de trayecto Me 12 (RIC 9-12)-Me 12 (RIC 9-12), tiempo medio de asistencia Me 47(RIC 40-59)- Me 50(RIC 43-60), tiempo medio de estabilización Me 25(RIC 24-26)-Me29(RIC 24-30), tiempo medio de traslado Me 25(RIC 12-38)-Me 24(RIC 12-42), tiempo medio de transferencia Me 9(RIC 8-10)-Me 15(RIC 14-19) y tiempo medio de ocupación Me 59(RIC 48-64)-Me 64(RIC 55-71). RURAL : tiempo medio de activación Me 3(RIC 2-4)-Me 4 (RIC 2-6), tiempo medio de trayecto Me 14 (RIC 12-17)-Me 15 (RIC 13-19), tiempo medio de asistencia Me 62(RIC 56-68)- Me 62(RIC 59-74), tiempo medio de estabilización Me 35(RIC 33-38)-Me 34(RIC 32-37), tiempo medio de traslado Me 58(RIC 46 -68)-Me 59(RIC 49-72), tiempo medio de transferencia Me 13(RIC 12-16)-Me 20(RIC 15-22) y tiempo medio de ocupación Me 73(RIC 67-81)-Me 76(RIC 70-87).

Analítico: Se realizan pares de variables idénticas en los diferentes años 2019 y 2020, obteniéndose siete pares en gestión de tiempo. Se estudia correlación de todos los pares de variables de forma global y segmentada.

En datos globales se aplica test de Pearson se aplica a los pares de variables paramétricas, siendo todas significativas, con una correlación entre fuerte-perfecta para tiempo medio de asistencia .970, tiempo medio de traslado .995 y tiempo medio de ocupación .983. Se realiza test de correlación de Rho de Spearman para el resto de variables que son no paramétricas, resultando que todas las variables tienen una correlación estadísticamente significativa entre fuerte_perfecta, por encima de .75.

Se comparan medias de muestras relacionadas con la T de Student, obteniendo diferencias significativas con $p < .05$ en los pares: intervenciones .000, tiempo medio de activación .000, tiempo medio de asistencia .000, tiempo medio de estabilización .006, tiempo medio de traslado .004, tiempo medio de transferencia .000 y tiempo medio de ocupación .000. El análisis no es significativo en la variable tiempo de trayecto .059.

DISCUSIÓN: Limitaciones del estudio. Los datos analizados se corresponden a los años 2019 y 2020. El no tener el análisis de años previos no nos permite establecer una tendencia en las variables analizadas. Los tiempos se manejan en minutos, redondeando a la baja si es <30sg y al alza si es >30sg, por lo que es posible un sesgo en esta aplicación.

El análisis se realiza en espacios temporales de once meses, abarcando en el 2020 el periodo de implementación de los cambios más importantes durante la primera ola (marzo y abril) sino también los meses anteriores y posteriores, que abarcan periodo sin pandemia y segunda-tercera ola.

Mientras, han disminuido significativamente las intervenciones, destaca el aumento de toda la serie de gestión de tiempos especialmente el tiempo de activación, lo hace mínimamente el tiempo de estabilización y no aumenta el tiempo de traslado. El aumento del número de la demanda asistencial, el colapso de las centralitas de la red de llamadas de emergencias, especialmente en la primera ola, y el uso de EPI'S obligatorios antes de la salida a las intervenciones de los equipos UME justifican el aumento de toda la serie de gestión de tiempos. Así se refleja también en otros estudios como el de Ageta en el que se detecta un aumento significativo en el tiempo de respuesta y el tiempo de asistencia (6) y en el de Navalpotro que indica un aumento en tiempo de activación y llegada al lugar, el primero de ellos significativo (7)

Es concordante que el tiempo de trayecto sea el único de toda la serie de gestión de tiempos que no aumenta, ya que no se ve directamente afectado por la gestión de las llamadas ni por los cambios implementados en la asistencia y pudo haberse beneficiado durante los meses de confinamiento, posterior desescalada y cierres perimetrales por un menor tráfico en las vías de trayecto. Encontramos otros estudios en los que no hay aumento significativo en la gestión de tiempos como en el de Saberian que analiza los recursos de emergencias sanitarias en Teherán, donde aumentaron los recursos y efectivos personales, tanto en número de horas como en contrataciones (8). Jarvis analiza el tiempo de transporte de pacientes traumáticos durante la pandemia, no documenta un aumento de los tiempos extrahospitalarios, incluso refleja una disminución significativa del tiempo de traslado (9). La tendencia del 2019 para con el 2020 se mantiene tanto en el análisis global como el segmentado, aumentando toda la serie temporal excepto el tiempo de trayecto.

El comportamiento en los distintos grupos de bases rural, semiurbana, urbana 1 y urbana 2 es bastante homogéneo, por lo que se entiende que la pandemia es independiente de la idiosincrasia demográfica y asistencial de las UME.

CONCLUSIONES. La pandemia ha tenido impacto en la gestión de tiempos en los procesos atendidos por el SESCyL. La tendencia ha sido homogénea. Las patologías que atienden los servicios de emergencias sanitarias, especialmente los servicios de especial seguimiento son tiempo-dependientes. Se recomienda establecer canales de comunicación con los usuarios no colapsables en caso de incidencias extraordinarias y formación a los equipos sanitarios para agilizar la protección personal y a la comunidad asistida en periodos pandémicos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak- A n update on the status. *Mil Med Res.* 2020;7(1):1–10.
2. Sanidad M. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el coronavirus (2019 n-CoV). 2020;1–17.
3. Gerencia de Emergencias Sanitarias S. Procedimiento de actuación en la Gerencia de Emergencias Sanitarias para el manejo de la enfermedad por el nuevo coronavirus (2019-nCoV). 2020;
4. Ibáñez B. Infartos en tiempos de la COVID-19. Vol. 73, *Revista Española de Cardiología.* 2020. p. 975–7.
5. Garcia-Castrillo L, Petrino R, Leach R, Dodt C, Behringer W, Khoury A, et al. European Society for Emergency Medicine position paper on emergency medical systems' response to COVID-19. *Eur J Emerg Med.* 2020;27(3):174–7.
6. Ageta K, Naito H, Yorifuji T, Obara T, Nojima T, Yamada T, et al. Delay in Emergency Medical Service Transportation

Responsiveness during the COVID-19 Pandemic in a Minimally Affected Region. *Acta Med Okayama*. 2020;74(6):513–20.

7. Navalpotro-pascual JM, Pérez CF, Alfonso F, Vallejo P, Moya AC, Cuesta YM, et al. Actividad y asistencia a la parada cardiorrespiratoria en un servicio extrahospitalario de emergencias durante la pandemia COVID-19. *Emergencias*. 2021;33(2):100–6.

8. Saberian P, Conovaloff JL, Vahidi E, Hasani-Sharamin P, Kolivand PH. How the COVID-19 epidemic affected prehospital emergency medical services in Tehran, Iran. *West J Emerg Med*. 2020;21(6):110–6.

9. Jarvis S, Salottolo K, Berg GM, Carrick M, Caiafa R, Hamilton D, et al. Examining emergency medical services' prehospital transport times for trauma patients during COVID-19. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2021;44:33–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.01.091>

10. Instituto nacional de estadística (INE) (2019, 2020) Recuperado de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2915>

AUTORES/AUTHORS:

Teodora Baeza Ransanz, Alba Comellas Padró, Anna Arnau Bartes

TÍTULO/TITLE:

USO DE LAS RESTRICCIONES FÍSICAS DURANTE EL PERIODO DE PANDEMIA SARS-COV2 EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.

Objetivo: Conocer la frecuencia y el tipo de las restricciones físicas (RF) utilizadas durante el periodo de pandemia SARS-CoV-2 así como los factores asociados.

Método: Estudio pre-post. Se compararon los pacientes ingresados del 15 de marzo al 30 de abril de 2019 (No-CoV) en 3 centros hospitalarios con los ingresados durante el mismo periodo de tiempo del año 2020 (CoV). Se consideró dicho periodo como el más crítico en relación al número de pacientes ingresados a causa del SARS-CoV-2. Los sujetos de estudio se seleccionaron por un muestreo aleatorio proporcional estratificado por centro y por servicio. Las variables de estudio se obtuvieron de la revisión de la historia clínica del paciente. Se emplearon modelos de regresión logística para determinar los factores asociados al uso de las RF.

Resultados: Se incluyeron 310 pacientes en el periodo No-CoV y 300 en el periodo CoV con un porcentaje de mujeres del 54,2% y del 45,0% respectivamente ($p=0,023$). Se observó un mayor porcentaje de pacientes mayores de 85 años en el periodo No-CoV (32,3% vs 23%; $p=0,023$) mientras que la franja de edad predominante durante el periodo CoV fue la de 76-85 años (34,5% vs 43,0%). Hubo una mayor frecuencia de cambios de habitación durante el periodo CoV (25,8% vs 47,0%; $p<0,001$). La mortalidad intrahospitalaria fue superior en el periodo CoV (9,7% vs 15,0%; $p=0,045$).

La prevalencia de restricción física fue mayor el periodo CoV (9,7% vs 12,3%; $p=0,294$) aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. El motivo más frecuente del uso de la RF fue el mismo en los dos periodos (evitar caídas y lesiones). El uso de las RF para el control de la agitación fue inferior en el periodo CoV (30,0% vs 18,9%; $p=0,290$). Los tipos de RF más utilizados en ambos periodos fueron las abdominales y de manos, se registraron más las barandillas en el periodo CoV (26,7% vs 43,2%; $p=0,159$).

En el análisis multivariante, los factores asociados al mayor uso de las restricciones físicas fueron los problemas de movilidad, el estado de consciencia, las dificultades auditivas, los días de ingreso hospitalario y el periodo de estudio. El uso de RF fue más probable en los pacientes ingresados durante el periodo CoV (OR: 1,89; IC95%: 1,03-3,49).

Discusión: La primera ola de la pandemia tuvo más impacto en adultos mayores de 70 años, colectivo con mayor dependencia y alteraciones cognitivas. El aumento de la demanda de dispositivos de restricción física nos alertó del aumento de RF con los consecuentes efectos adversos, físicos y psíquicos, que ocasionan al paciente.

La prevalencia de las RF fue mayor sin embargo no ha sido un dato estadísticamente significativo. Los factores asociados a mayor RF coinciden con los factores de riesgo de caída (problemas de movilidad, alteración de la conciencia, dificultades auditivas) siendo este el motivo más prevalente de RF. Se suma además los días de ingreso al que podemos añadir el aislamiento, que corresponde en mayor medida, al periodo CoV.

En la práctica clínica consideramos que los pacientes, con estos factores de riesgo, se beneficiarían de la presencia del cuidador, aun en situaciones restrictivas, manteniendo el control y las medidas de seguridad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. JBI. 2002 Physical Restraint -Pt 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities, Best Practice Vol 6 Iss 4, Australia: Blackwell Publishing Asia.

2. Sanz-Osorio MT, Monistrol Ruano O, Morillo-Garcia E, Martos-Torres P, Andrés-i- Martín P, Escobar-Bravo MA. Valoració dels aspectes relacionats amb la seguretat del pacient en contenció mecànica. *Annals de Medicina* 2020;103:122-126.
3. Quintana S, Font R. Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica. *Rev Calid Asist.* 2003; 18(01):33-8.
4. A De Bellis, K Mosel, D Curren, J Prendergast. Education on physical restraint reduction in dementia care: A review of the literatura. 2013. sagepub.co.uk/journals. DOI: 10.1177/1471301211421858. Australia
5. Ellis Agens J. Chemical and physical restraint use in the older person. *BJMP* 2010;3(1):302. Florida
6. ¿Cuáles son los efectos colaterales del confinamiento para evitar la COVID-19 en las personas mayores, y las medidas para prevenirlos o tratarlos? *Cochrane Iberoamérica*. (este documento ha contado con la colaboración de Marta Roqué y Laura Coll-Planas (laura.coll@uab.cat; Fundació Salut i Envelliment-UAB)). 21 de abril 2020. <https://es.cochrane.org/es/%C2%BFcu%C3%A1les-son-los-efectos-colaterales-del-confinamiento-para-evitar-la-covid-19-en-las-personas> (consultado 12 mayo 2020).
7. Fariña-López, E. Problemas de seguridad relacionada con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. V.46, Issue 1, January–February 2011, Pages 36–42
8. Evans IEM, Llewellyn DJ, Matthews FE, Woods RT, Brayne C, Clare L. Social isolation, cognitive reserve, and cognition in older people with depression and anxiety. *Aging Ment Health*. 2019;23(12):1691-1700. doi: 10.1080/13607863.2018.1506742.
9. Drunat O, Roche J, Kohler S et al. What the COVID-19 pandemic entails for the management of patients with behavioral and psychological symptoms of dementia: experience in France. *Int Psychogeriatr*. 2020;32(11):1361-1364. doi: 10.1017/S1041610220003567.
10. Okuno T, Jung-ho Shin J, Takada D et al. Physical Restraint of Dementia Patients in Acute-Care Hospitals During COVID-19 Pandemic: A Cohort Analysis in Japan. 23 December 2020, Research Square. Disponible en: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-131925/v1>.

Mesa 17: Atención primaria y comunitaria

Session 17: Primary and community care

AUTORES/AUTHORS:

Sergio Yuste Muñoz, Leyre Gravina Alfonso, Marta Arrue Mauleon, Jagoba Zarandona Calvo

TÍTULO/TITLE:

Dificultades de aprendizaje sobre el efecto de la fibra en la salud en estudiantes de enfermería: estudio fenomenográfico

1. Objetivo

Identificar el conocimiento previo a la instrucción de los estudiantes de primer año de enfermería relacionado con el efecto de la fibra en la salud.

2. Métodos

Con el fin de dar respuesta al objetivo de este estudio, se utilizó un método de investigación cualitativa con un diseño descriptivo fenomenográfico para explorar la comprensión de los estudiantes de enfermería de primer curso acerca del efecto de la fibra en la salud (Marton and Pong, 2005; McClenny, 2020). La investigación se basó en el análisis en profundidad de una pregunta abierta escrita ("Di si la siguiente frase es Verdadera o Falsa "La fibra ayuda a disminuir la obesidad", justifica mediante argumentos"), dentro de la actividad de autoevaluación de conocimientos previos a la instrucción.

La utilización de un enfoque fenomenográfico ha demostrado ser relevante a la hora de identificar diferentes formas de percibir y comprender un mismo fenómeno (Marton y Pong, 2005). El análisis fenomenográfico puede utilizarse para desarrollar la comprensión conceptual de conceptos científicos, ayudar a los docentes a realizar diseños de enseñanza efectivos para la instrucción y para proporcionar una visión del mundo más realista de las diferentes experiencias individuales de los fenómenos de la educación en enfermería (Han and Ellis, 2019; McClenny, 2020). La fenomenografía ha sido anteriormente utilizada como metodología cualitativa para comprender cómo los estudiantes de enfermería conciben los fenómenos (Barry et al., 2017; Zarandona et al., 2021).

El estudio se llevó a cabo durante el curso académico 2018/2019 en la Facultad de Medicina y Enfermería de Leioa (Bizkaia, UPV/EHU). La muestra participante en este estudio estaba compuesta por 151 estudiantes de primer curso del grado en enfermería matriculados en la asignatura de Estructura y Función del Cuerpo Humano, que consta de 6 ECTS repartidos de la siguiente manera: 1 crédito sobre biomoléculas, 2,6 créditos sobre metabolismo celular y 2,4 créditos sobre nutrición.

La edad media de los estudiantes participantes fue de 19,9 (\pm 5,6) años. La distribución por sexos fue de un 82,2% de mujeres y un 17,8% de hombres. Los estudiantes que no realizaban primera matrícula en la asignatura, así como aquellos estudiantes con experiencia previa en el ámbito sanitario fueron excluidos del estudio con el objetivo de minimizar sesgos. Los datos de la investigación se trataron de forma anónima y se mantuvo la confidencialidad de los participantes. El equipo investigador recibió los datos obtenidos en las pruebas una vez se produjo la evaluación y cierre de la asignatura.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución en la que se llevó a cabo la investigación (CEISH NoRefCEID: M10/2017/043).

3. Resultados

Se analizaron un total de 151 pruebas escritas en las cuales se identificaron cuatro categorías principales. La primera categoría de aprendizaje (C1), concentró las respuestas en las que los estudiantes incluyeron la fibra en un marco conceptual más amplio a través del cual trataron de explicar el fenómeno refiriéndose a conceptos científicos. Esta categoría, que se corresponde con una comprensión correcta del efecto de la ingesta de fibra en la salud recogió un porcentaje de respuestas del (12,6%). La segunda categoría de aprendizaje (C2), aglutinó aquellas respuestas que no articularon o que aplicaron incorrectamente los conceptos relativos al efecto de la fibra, siendo esta la categoría la que obtuvo el mayor porcentaje de respuesta (47,7%). En la categoría (C3), se agruparon aquellas respuestas que fueron consideradas incoherentes respecto a la pregunta realizada, el porcentaje de respuestas obtenido en esta categoría fue del (31,1%).

Finalmente, en la cuarta categoría (C4) se cuantificaron las respuestas en blanco, suponiendo estas el (8,6%).

El análisis fenomenográfico permitió identificar dos temas principales dentro de la categoría C2, que reflejaban la forma en la que los estudiantes que participaron en este estudio entendieron el efecto que la fibra tiene sobre la salud. Por un lado, el alumnado de primer curso de enfermería atribuía a la fibra un papel importante en el proceso de digestión y eliminación, esto se puede ver reflejado en las respuestas literales ofrecidas por los estudiantes:

“Facilita la digestión y mejora el tránsito intestinal”
(Estudiante 62)

“Si se ingiere demasiada fibra, no se podrán acumular elementos de desecho”
(Estudiante 19)

“La fibra ayuda a tener una buena digestión”
(Estudiante 26”

El segundo gran tema, estaba relacionado con el aporte nutricional, energético y efectos sobre el organismo. Los estudiantes atribuyeron a la fibra una función estructural, afirmando que ésta, aportaba firmeza a las células musculares haciéndolos más fuertes y resistentes. Además se le asocia la idea de que la fibra favorece la pérdida de peso y por consiguiente, resulta beneficiosa en las personas con sobrepeso u obesidad.

Ejemplo de esto, serían la respuesta emitidas por varios estudiantes:

“En nuestros músculos existe la presencia de fibra, si se ingiriese, ayudaría a tonificar y disminuir la obesidad”
(Estudiante 22)

“La fibra nos da rigidez”
(Estudiante 11)

“La fibra ayuda a aumentar los músculos”
(Estudiante 58)

El elevado porcentaje de respuestas obtenido en la categoría C3 (31,1%), correspondiente a las respuestas incoherentes, permite identificar la necesidad del alumnado para aclarar conceptos carentes de sentido referentes a las funciones de la fibra en el organismo. Igualmente, el porcentaje de respuestas en blanco obtenido en la categoría C4 (8,6%), refleja que un porcentaje elevado de los estudiantes de enfermería de primer curso, carecen de conocimientos sobre el efecto de la fibra en la salud.

4. Discusión

Esta investigación aporta evidencias novedosas sobre los conocimientos previos existentes en los estudiantes de primer curso de enfermería sobre el efecto de la ingesta de fibra en la salud. Durante la formación previa al acceso a la universidad el alumnado participante en este estudio, recibió instrucción en torno a conceptos de nutrición. Sin embargo, los resultados de este estudio demuestran que un elevado porcentaje de alumnos tenían una comprensión errónea acerca del proceso de digestión, absorción y eliminación de la fibra así como del aporte nutricional, energético y efectos sobre el organismo.

Las respuestas obtenidas en la categoría C1, reflejan que los estudiantes poseen un nivel superficial de aprendizaje. En cierta manera, es un resultado esperable debido a que todavía no han recibido instrucción acerca del tema en la universidad, pero si que han recibido formación acerca de aspectos nutricionales en sus estudios previos. Si comparamos esta categoría con la taxonomía SOLO (Biggs y Tang, 2011), las respuestas obtenidas corresponderían con una respuesta completa que aborda argumentos basados en ideas científicas.

Por otro lado, las respuestas recogidas en la categoría C2, corresponderían también a un nivel superficial de comprensión o preestructural en relación con la taxonomía SOLO (Biggs y Tang, 2011). Esta categoría, agrupó aquellas respuestas en las que el estudiante respondió de manera errónea, o se repetía innecesariamente para encubrir la falta de conocimiento (Marton y Pong, 2005).

Los resultados de esta investigación toman relevancia en tanto en cuanto el aprendizaje de contenidos biomédicos requerirían que los estudiantes abandonaran ideas erróneas previas para lograr la integración de nuevos conocimientos (Södervik et al., 2017). Además, se ha identificado que muchos estudiantes volvieron a comunicar ideas falsas a pesar de la enseñanza y que esto podría afectar al razonamiento clínico de los estudiantes, en este caso, en estudiantes de medicina (Södervik et al., 2019). Conseguir identificar estas dificultades de aprendizaje y conceptos erróneos en torno a la ingesta de fibra, en una etapa temprana de los estudios de enfermería, tendría una doble implicación para la práctica. En primer lugar, para la práctica de los docentes del grado en enfermería, este aspecto, permitiría el diseño de secuencias de enseñanza y aprendizaje para la instrucción del efecto de la fibra en la salud. Como segunda implicación relevante, estaría la mejora del aprendizaje del alumnado de grado en enfermería y como consecuencia directa, que las futuras profesionales de enfermería puedan ofrecer a sus pacientes mejores cuidados y recomendaciones nutricionales, relacionadas con los efectos de la ingesta de fibra en la salud.

El presente estudio no presenta conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Barry, S., Ward, L., Walter, R., 2017. Exploring nursing students' experiences of learning using phenomenography: A literature review. *J. Nurs. Educ.* 56, 591–598. <https://doi.org/10.3928/01484834-20170918-03>

Biggs, J., Tang, C., 2011. *Teaching for Quality Learning at University Fourth Edition* The Society for Research into Higher Education. United Kingdom.

Han, F., Ellis, R.A., 2019. Using phenomenography to tackle key challenges in science education. *Front. Psychol.* 10, 1414. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01414>

Marton, F., Pong, W.Y., 2005. On the unit of description in phenomenography. *High. Educ. Res. Dev.* 24, 335–348. <https://doi.org/10.1080/07294360500284706>

McClenny, T.L., 2020. Use of phenomenography in nursing education research. *Int. J. Nurs. Educ. Scholarsh.* 17, 227–247. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2020-0009>

Södervik, I., Vilppu, H., Österholm, E., Mikkilä-Erdmann, M., 2017. Medical students' biomedical and clinical knowledge: Combining longitudinal design, eye tracking and comparison with residents' performance. *Learn. Instr.* 52, 139–147.
<https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2017.06.002>

Södervik, I., Mikkilä-Erdmann, M., Chi, M.T.H., 2019. Conceptual change challenges in medicine during professional development. *Int. J. Educ. Res.* 98, 159–170. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2019.07.003>

Zarandona, J., Arrue, M., Yuste, S., Hoyos Cillero, I. 2021. Dificultades de aprendizaje de los estudiantes de enfermería en el cuidado a un paciente con apatía postictus. *Revista Científica de La Sociedad Española de Enfermería Neurológica.* 53, 25–33.
<https://doi.org/10.1016/J.SEDENE.2020.02.002>

AUTORES/AUTHORS:

Manuel Herrero Montes, Cristina Alonso Blanco, Laura Ruiz Azcona, María Paz Zulueta, Carmen Sarabía Cobo, Alexandra Parás Bravo, Rubén Saiz Caverro, Lucía Castillo Puente, Paula Parás Bravo

TÍTULO/TITLE:

Memoria y función ejecutiva en estudiantes universitarios con patrón de consumo de alcohol binge drinking

Objetivo

Evaluar la relación del patrón de consumo de alcohol BD, la memoria y la función ejecutiva en estudiantes universitarios.

Método

Estudio observacional analítico de corte transversal entre los estudiantes de enfermería de la Universidad de Cantabria (España) durante el curso académico 2017-18. Las variables necesarias para la consecución de los objetivos se recogieron preferentemente mediante cuestionarios y test psicológicos validados y utilizados anteriormente en estudios con población similar.

Variables sociodemográficas y de consumo de alcohol: cuestionario ad hoc.

Memoria: subtest de memoria lógica I de la Wechsler Memory Scale-III y fase de recuerdo del Rey-Osterrieth Complex Figure Test.

Función ejecutiva: Stroop Color and Word Test, subtest de span verbal de la Wechsler Adult Intelligence Scale-III y Trail Making Test.

Para el análisis estadístico se diferenciaron entre variables categóricas y variables cuantitativas. Se realizó un análisis descriptivo univariado de la variable BD y bivariado de BD y el resto de las variables del estudio. Las variables categóricas se presentan como recuentos y porcentajes y las variables cuantitativas se presentan con los estadísticos descriptivos básicos (n, media, mediana, DE y cuartiles). Se realizó la prueba correspondiente según las características de las variables para contrastar la independencia entre cada variable y BD. El análisis estadístico ha sido realizado con el software: SAS v9.4, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA. Las decisiones estadísticas se han realizado tomando como nivel de significación el valor 0.05.

Resultados

Se recogieron datos de 142 estudiantes, 88.03% mujeres y 11.97% hombres con una edad media de 20.73 años (DE 2.67). La prevalencia de BD fue del 38.03%.

En la evaluación de la memoria: la mediana del subtest de memoria lógica I de la WMS III en los no BD fue 50 [Q1=45, Q3=55] puntos y 50.5 [Q1=47, Q3=53] puntos en los BD. La mediana de la puntuación de la fase de reproducción del ROCFT en no BD es 29 [Q1=22, Q3=32] puntos y de 29 [Q1=25, Q3=30] puntos en los BD. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En la evaluación de la función ejecutiva: en las puntuaciones directas del SCWT, se observa un mejor desempeño en el subtest SCWT-P en el grupo de los no BD, 51.52 (DE 9.02) puntos frente a 50.26 (DE 7.85) de los BD ($p=0.3965$). También se observan mayores puntuaciones medias en la SCWT-INTERF de los no BD, 5.06 (DE 6.20), frente a los BD, 3.71 (DE 6.52) ($p=0.2184$). En el subtest de span verbal de la Wechsler Adult Intelligence Scale-III y en el Trail Making Test no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre BD y no BD.

Discusión

El consumo de alcohol es una práctica generalizada en estudiantes universitarios. El BD es un patrón frecuente. El rendimiento en los test neuropsicológicos que miden memoria verbal y visual y función ejecutiva no se relacionó con el patrón de consumo de alcohol. Sería interesante realizar estudios longitudinales a largo plazo para identificar factores de riesgo y consecuencias del BD ya que la evidencia es escasa y heterogénea.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Babor, T.F.; Higgins-biddle, J.C.; Saunders, J.B.; Monteiro, M.G. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care, 2nd ed.; World Health Organization: Geneva, 2001.

Carbia, C.; Cadaveira, F.; Caamaño-Isorna, F.; Rodríguez-Holguín, S.; Corral, M. Binge Drinking during Adolescence and Young Adulthood Is Associated with Deficits in Verbal

Herrero-Montes, M.; Alonso-Blanco, C.; Paz-Zulueta, M.; Sarabia-Cobo, C.; Ruiz-Azcona, L.; Parás-Bravo, P. Binge Drinking in Spanish University Students: Associated Factors and Repercussions: A Preliminary Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, doi:10.3390/ijerph16234822.

Lezak, M.D.; Howieson, D.B.; Bigler, E.D.; Tranel, D. *Neuropsychological Assessment*, 5th ed.; Oxford University Press: New York, 2012, ISBN 78-0-19-539552-5.

Mota, N.; Parada, M.; Crego, A.; Doallo, S.; Caamaño-Isorna, F.; Rodríguez Holguín, S.; Cadaveira, F.; Corral, M.; Caamano-Isorna, F.; Rodríguez Holguín, S.; et al. Binge Drinking Trajectory and Neuropsychological Functioning among University Students: A Longitudinal Study. *Drug Alcohol Depend.* 2013, 133, 108–114, doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.05.024

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. INFORME 2019 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España; MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL: Madrid, 2019.

Parada, M.; Corral, M.; Caamaño-Isorna, F.; Mota, N.; Crego, A.; Holguín, S.R.; Cadaveira, F. Binge Drinking and Declarative Memory in University Students. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2011, doi:10.1111/j.1530-0277.2011.01484.x.

Rubio Valladolid, G.; Bermejo Vicedo, J.; Caballero Sánchez-Serrano, M.C.; Santo-Domingo Carrasco, J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Rev. Clin. Esp.* 1998, 198, 11–14.

Salas-Gomez, D.; Fernandez-Gorgojo, M.; Pozueta, A.; Diaz-Ceballos, I.; Lamarain, M.; Perez, C.; Sanchez-Juan, P. Binge Drinking in Young University Students Is Associated with Alterations in Executive Functions Related to Their Starting Age. *PLoS One* 2016, 11, e0166834, doi:10.1371/journal.pone.0166834.

World Health Organization. *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*; World Health Organization: Geneva, 2018, ISBN 978-92-4-156563-9.

AUTORES/AUTHORS:

Lucía Martín López, Verónica Velasco González, Álvaro Fernández Álvarez

TÍTULO/TITLE:

Evaluación del Conocimiento sobre la Resistencia a los Antibióticos de los Estudiantes y Profesionales Sociosanitarios

1. Objetivo:

Identificar y comparar los conocimientos que poseen los Estudiantes y Profesionales Sociosanitarios sobre la resistencia, uso y administración de antibióticos en función de la profesión o carrera biosanitaria desempeñada.

2. Metodología:

Investigación observacional, transversal, descriptiva. Difusión de un cuestionario de elaboración propia a través de los Colegios de Profesionales Sociosanitarios Españoles y campus virtuales de varias Facultades Biosanitarias Españolas. El trabajo está autorizado por el CEIm correspondiente. Las variables a estudio fueron por un lado sociodemográficas tanto cualitativas como cuantitativas y variables que nos permitieron identificar el nivel de conocimiento.

Se estudiaron las frecuencias absolutas, frecuencias relativas y porcentajes en todas las variables, tanto cualitativas como cuantitativas ya que se convirtieron en cualitativas para llevar a cabo el mismo procedimiento. Además, para aquellas variables cuantitativas se analizaron la media, la desviación estándar (\pm DE) y el rango.

3. Resultados:

Un total de 1.355 personas participaron en el estudio de las cuales 575 eran Estudiantes de Carreras Biosanitarias y 780 Profesionales Sociosanitarios. El 73,1% fueron mujeres. La edad media de los estudiantes fue de 21,7 (\pm 4) años; y la de los profesionales 40,8 (\pm 11,6) años. Un 29,9% de los profesionales eran Veterinarios; 20% Odontólogos; 14,1% Fisioterapeutas; 10,8% Enfermeros y 4,5% Médicos. Un 6,8% de los estudiantes cursaba Veterinaria; 16,3% Fisioterapia; 47,7% Enfermería y 20,2% Medicina.

El 56% de los estudiantes y el 75,9% de los profesionales afirmó que los antibióticos están indicados únicamente para combatir infecciones por bacterias mientras que el 41,9% de los estudiantes y el 22,8% de los profesionales consideró que valían tanto para infecciones causadas por bacterias, como parásitos y hongos. El 87,3% de los estudiantes y el 72,4% de los profesionales desconocían el PRAN (Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos) y los PROA (Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos).

Por otro lado, el 81,9% de los estudiantes y el 68,2% de los profesionales consideraron que la resistencia a los antibióticos es un problema que tiene como diana a las personas, los animales, el medio ambiente, el comercio y la actividad económica. Para el 10,3% de los estudiantes y el 26,2% de los profesionales es un problema que únicamente afecta a las personas y a los animales.

En relación a las notas conseguidas, los estudiantes de Fisioterapia y Farmacia obtuvieron la puntuación más alta con un 7,7 (\pm 1,1) frente a Medicina con un 7,3 (\pm 1,2). Los profesionales con mejor resultado fueron los Veterinarios con un 8 (\pm 0,8) y los TCAE obtuvieron los más bajos con un 7,1 (\pm 1,2).

Como soluciones para afrontar este gran problema mundial se propusieron: evitar la mala praxis médica, prevenir la automedicación, aumentar las restricciones a la hora de la venta de estos fármacos y fomentar la educación para la salud y la investigación.

4. Discusión:

La bibliografía más abundante se enfoca hacia la práctica asistencial. A nivel nacional, se han puesto en marcha programas para dar solución al problema. Se pretende conocer el conocimiento que existe entre los profesionales respecto a ciertas infecciones y de la población general sobre el uso de los antibióticos.

Una de las visiones más analizadas es el hecho de tratar a los profesionales como propios vehículos de transporte de bacterias en los centros sanitarios. Un estudio llevado a cabo en EEUU (Estados Unidos) reveló que el 38,7% estaban colonizados de *Acinetobacter baumannii* al menos en guantes y/o bata (1).

En un Hospital de la India se identificó que de 157 profesionales sanitarios a los que se les examinó las manos, 67 tenían bacterias, es decir, un 42,7% y la ropa de los trabajadores presentaba una elevada tasa de colonización (un 93%) (2).

Si comparamos los anteriores resultados con los descritos en un estudio realizado en China observamos una gran diferencia ya que de 112 muestras de personal de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) solo 4 resultaron ser positivas, es decir, solo el 3,57% (3).

Por lo tanto, los datos obtenidos demuestran que los profesionales sociosanitarios por su proximidad con los pacientes son un grupo vulnerable para contraer infecciones y, a su vez, un vehículo de transporte de las ya conocidas como bacterias resistentes (3,4). Además de informarnos de la gran diversidad de datos existentes en función de la localización y del lugar de donde proceda la muestra.

En el 2015, la OMS efectuó la difusión de una encuesta de conocimientos y prácticas de la población relacionada al uso responsable de antibióticos. En ella participaron alrededor de 10.000 personas de 12 países diferentes. El resultado más preocupante fue que el 76% de los participantes afirmaba que la resistencia a los antibióticos tenía lugar cuando el cuerpo se vuelve resistente a ellos cuando es la propia bacteria la que se vuelve resistente (5).

En 2019, se realizó un estudio tomando como referencia a los estudiantes de medicina españoles para conocer su grado de formación en enfermedades infecciosas, resistencia y uso de antibióticos. Participaron 441 estudiantes y el 49,6% afirmó que sabían identificar signos de alarma de una infección pero tenían inseguridades a la hora de determinar el tratamiento (6).

Destaca que las cuestiones teóricas únicamente fueron acertadas completamente por 1 estudiante y por 4 profesionales. Demostrando la necesidad de invertir en Educación Para la Salud sobre la resistencia antimicrobiana para fomentar la buena praxis y colaborar en la reducción de este problema que aumenta exponencialmente.

A partir de los resultados obtenidos, sería interesante plantear estudios similares haciéndolo llegar a una muestra mayor y con un cuestionario validado e incluido en el programa docente.

Implicaciones para la práctica clínica:

La evolución de la resistencia a los antibióticos es desconocida pero si hay conocimiento sobre estrategias que se deben

poner en marcha para intentar frenar el avance exponencial. Entre estas medidas resulta indispensable aumentar la EPS tanto en aspectos generales de adherencia a los tratamientos con antibióticos como en la prescripción y uso de los mismos por los profesionales. Otra rama en la que se debe aumentar es la investigación para favorecer la aparición de nuevos antibióticos cuando los existentes no sean útiles.

Se podría considerar que la educación, prevención y promoción de la salud siguen siendo las herramientas claves en el control y disminución de las resistencias a los antibióticos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Morgan D, Liang S, Smith C, Johnson J, Harris A, Furuno J et al. Contaminación frecuente por *Acinetobacter baumannii* multirresistente de guantes, batas y manos de los trabajadores de la salud [Internet]. 2010 [citado el 12 de Abril de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20486855/>
- (2) Visalachy S, Kumar K, Kopula S, Sekar U. Transporte de multirresistente Bacterias en contacto frecuente con superficies y manos de Trabajadores de atención de la salud [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [citado el 13 de Abril de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4948390/pdf/jcdr-10-DC18.pdf>
- (3) Yan Z, Zhou Y, Du M, Song H, Tong Y. Investigación prospectiva de la transmisión de neumonía *Klebsiella* resistente al carbapenem entre el personal, el medio ambiente y los pacientes en cinco unidades de cuidados intensivos importantes, Beijing [Internet]. 2018 [citado el 13 de Abril de 2021]. Disponible en: [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(18\)30674-1/fulltext](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(18)30674-1/fulltext)
- (4) Caetano E, Moura T, Rosa R, Aquino M, Monteiro A, Lopez F. Colonización por *Staphylococcus aureus* entre el personal de enfermería de un Hospital en Pernambuco [Internet]. Scielo.br. 2012 [citado el 13 de Abril de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/en_v46n1a18.pdf
- (5) Encuesta en varios países de la OMS muestra los malentendidos generalizados del público acerca de la resistencia a los antibióticos [Internet]. Who.int. 2015 [citado el 14 de Abril de 2021]. Disponible en : <https://www.who.int/es/news/item/16-11-2015-who-multi-country-survey-reveals-widespread-public-misunderstanding-about-antibiotic-resistance>
- (6) Sánchez D, Amiguet J, Colmenero J, Fariñas M, López F, Portilla J et al. La formación de grado en enfermedades infecciosas, resistencia y uso de antibióticos desde la perspectiva de los estudiantes de Medicina [internet]. 2019. [citado el 14 de Abril de 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X17303919>

AUTORES/AUTHORS:

Ana Isabel Lorda Cobos, Cristina Genzor Rios, Paula Manero Montañes, Cristina Lopez Vidal, Josep Oriol Casanovas Marsal, Delia González de la Cuesta

TÍTULO/TITLE:

Reanimación cardiopulmonar en escolares. Enseñanza, técnica y evaluación de los conocimientos adquiridos

OBJETIVOS

Describir y comparar la adquisición de conocimientos de escolares que reciben formación sobre Reanimación Cardiopulmonar(RCP) de manera puntual o durante dos años consecutivos.

MÉTODO

Ensayo clínico aleatorio doble ciego de 72 escolares de 10 años de edad distribuidos en dos grupos homogéneos: grupo de formación repetida (GFR=36) y grupo de formación no repetida (GFNR=36) en el colegio Sagrado Corazón del Moncayo de Zaragoza desde 01/10/2019 hasta 01/04/2021. En el primer año, en ambos grupos, inicialmente se les realizó un test de 14 preguntas auto-administrado de elección múltiple con respuesta única sobre Soporte Vital Básico (SVB). Posteriormente, se realizaron clases teóricas y prácticas sobre RCP a GFR y GFNR. Después de la formación se les realizó nuevamente el test en ambos grupos. Al segundo año, el GFR se le realizó de nuevo las clases teóricas y prácticas sobre RCP y al grupo GFNR, no. Las variables registradas fueron edad, curso, fecha de realización del test y participación en el grupo asignado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (C.P.-C.I.: PI19/490), registrado en el Clinical Trials (NCT04440111) y aprobado por la dirección del centro educativo. Para el análisis de los datos y estadístico se ha utilizado el programa Jamovi 1.2.7@. Las variables cuantitativas se presentan con su media y desviación estándar, las variables cualitativas con su frecuencia y porcentajes. Para el contraste de hipótesis se ha utilizado la U de Mann-Whitney y para la correlación bivariada el coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS

Participaron 72 alumnos de los que se seleccionaron 70 para su análisis, con una media de edad 10.6 ± 0.3 años, el 51.4% (37) fueron niñas. En el primer año, la nota media obtenida del GFNR en el pretest fue de 7.9 ± 1.9 y de 13.6 ± 0.6 en el posttest ($p < 0.01$); en el GFR fue de 8.2 ± 2.3 en el pretest y de 13.4 ± 0.8 en el posttest ($p < 0.01$). En el segundo año, la nota media del GFNR fue de 11.5 ± 1.9 y en el GFR fue de 13.4 ± 1.2 ($p < 0.001$). Mediante regresión lineal, se constató una diferencia significativa entre el pretest del primer año y el posttest del segundo año (0.271 ; $p < 0.05$).

DISCUSIÓN

Los conocimientos de los alumnos medidos a través del test, presentaron una mejoría significativa tras la realización de un taller teórico práctico, siendo alumnos que no habían recibido ningún tipo de formación previa. A partir de los 9 años de edad, los niños son capaces de realizar bien la técnica de RCP, aunque no es hasta los 13 cuando tienen la fuerza para realizar la compresión con la profundidad adecuada. La repetición de los talleres influyó en el nivel de autoconfianza para realizar maniobras de RCP siendo superior en GFR respecto GFNR. La formación anual sobre RCP en los centros educativos aumenta los conocimientos y la autoconfianza para actuar ante una parada cardiorespiratoria extrahospitalaria.

Palabras Clave: Reanimación cardiopulmonar, niño, educación en salud, estudiantes

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Escalada X. Review of initiatives carried out in Spain to implement teaching of basic cardiopulmonary reanimation in schools. An Sist Sanit Navar. 2012;35(3):477–86.

Consejo Español RCP. Día mundial de concienciación ante la parada cardiaca. Cercp. 2019 [citado 10 octubre 2019]

Böttiger B, Van Aken H. Kids save lives - Training school children in cardiopulmonary resuscitation worldwide is now endorsed by the World Health Organization (WHO). *Resuscitation*. 2015;94:A5–7.

Cerezo Espinosa C, Nieto Caballero S, Juguera Rodríguez L, Castejón-Mochón J, Segura Melgarejo F, Sánchez Martínez C, et al. Ensayo clínico aleatorizado controlado que compara la formación presencial frente a la no presencial en el aprendizaje teórico de la reanimación cardiopulmonar entre los estudiantes de secundaria. *Emergencias*. 2018;30:28–34.

Bohn A, Lukas R, Breckwoldt J, Böttiger B, Van Aken H. “Kids save lives”: Why schoolchildren should train in cardiopulmonary resuscitation. *Curr Opin Crit Care*. 2015;21(3):220–5.

AUTORES/AUTHORS:

DANIELA CELIA MONTESDEOCA RAMÍREZ, JOSE CARMELO HENRÍQUEZ VENTURA, MARIA DEL CARMEN PACHECO LÓPEZ, CARMEN NIEVES HERNÁNDEZ FLORES, MARÍA BEATRIZ REYES DOMÍNGUEZ, PATRICIA HENRÍQUEZ SÁNCHEZ, JORGE LUIS DORESTE ALONSO

TÍTULO/TITLE:

Adherencia al tratamiento en pacientes anticoagulados con antagonistas de la vitamina K en Atención Primaria

OBJETIVOS

Analizar la adherencia al tratamiento con anticoagulantes orales en pacientes de un centro de atención primaria de Gran Canaria. Identificar los factores determinantes del control ineficaz de la terapia anticoagulante. Evaluar el conocimiento de los pacientes sobre los aspectos más importantes de la terapia anticoagulante.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. La población diana estaba constituida por 300 pacientes de un centro de salud de Gran Canaria. Se incluyó a 69 pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales antagonista de la vitamina K durante al menos 6 meses, cuya razón internacional normalizada (INR) se controlaba en el centro de salud. Se analizó sus últimos seis valores. La recogida de datos se realizó entre febrero y marzo de 2020, no pudiendo analizar la totalidad de la muestra por las restricciones marcadas por la pandemia COVID-19. Se contó con el dictamen del comité de ética de referencia, CEIm HUGC Dr. Negrín:2019-448-1. Como instrumento de recogida de datos se utilizó un cuestionario con variables sociodemográficas, variables relacionadas con los estilos de vida, con antecedentes y tratamientos médicos. Se determinó el grado de control mediante el tiempo en rango terapéutico calculado por el método de Rosendaal (1), definiendo como adecuado un tiempo superior al 65%. Se midió la adherencia al tratamiento mediante el test de Morisky-Green(2) y se empleó el cuestionario Oral Anticoagulation Knowledge Test (3) para evaluar los conocimientos de los pacientes. Se generó una base de datos con los datos recogidos, realizando un análisis descriptivo. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas. Se realizó un análisis bivariante utilizando la prueba exacta de Pearson o la prueba exacta de Fisher. Se calculó los valores de Odds Ratios, así como los intervalos de confianza al 95% mediante un análisis de regresión logística. Los resultados obtenidos se analizaron con el programa SPSS 25.0, considerando el nivel de significación en $p < 0,05$.

RESULTADOS

El 70% de los pacientes eran varones y la edad media fue de 75,8 años \pm 11,7 años. Un 29,5% vive sola, un 74,3% no tiene estudios y un 17% son laboralmente activos. El 52% padecen al menos cinco patologías. Destaca el alto porcentaje de pacientes con factores de riesgo cardiovascular: HTA (81,3%), dislipemia (63,1%), diabetes mellitus (49,8%). Solo el 5% no tiene ninguna de estas patologías y el 35% declaran padecer los tres problemas de salud. La obesidad está presente en el 90,4% y la conducta sedentaria en el 97,9%. Son fumadores el 11% y consumidores de alcohol el 22,8%. El tiempo medio en tratamiento es de 8,2 \pm 5,6 años, siendo el motivo del tratamiento la fibrilación auricular. De acuerdo con el test de Morisky-Green, el 42% tiene una mala adherencia, siendo el olvido de la toma del medicamento (23%) el motivo más frecuente de la no adherencia, seguido por la interrupción del tratamiento por intolerancia (18%). La adherencia terapéutica es significativamente menor en las personas mayores de 75 años. El 47% de los participantes presentaron un mal control de su INR (TRT<65%), siendo mayor en mujeres que en hombres (66,2% vs 54,3%) así como en personas activas con respecto a los no activos laboralmente (48,9% vs 63,8%). Se asoció independientemente al mal control de la anticoagulación el tiempo desde el inicio del tratamiento y la frecuencia de control de INR. Los pacientes con dislipemia tienen un riesgo mayor de tener un mal control con respecto a los no la tienen (OR=1,81, IC 95% 1,04-3,15), los pacientes obesos tienen un riesgo menor (OR=0,49, IC95% 0,25-0,96). Con respecto al nivel de conocimientos relacionados con el tratamiento anticoagulante, destacar que el 25,1% presenta un nivel bajo, un 56,1% un nivel medio y el 18,7% un nivel alto. Este aspecto está

asociado de manera significativa ($p=0,02$) con el hecho de vivir solo, siendo estos porcentajes: nivel bajo (34,9%), nivel medio (28,1%) y nivel alto (9,4%). En caso de riesgo social ($p=0,04$), el nivel de conocimientos es: nivel bajo (16,7%), nivel medio (10,1%) y nivel alto (5,4%). Se ha objetivado diferencias significativas entre el nivel de conocimientos y el estado anímico, las relaciones sociales y laborales, así como con la realización de actividad física.

DISCUSIÓN

En líneas generales, los resultados analizados se asemejan a los obtenidos en otros estudios realizados a nivel nacional. Comparando con otros estudios, se ha observado que el principal motivo de incumplimiento terapéutico es el olvido que podría estar relacionado con la edad. La prevalencia de mal control de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K, es alta en nuestro estudio, dato que coincide con otros autores (4). Casi 4 de cada 10 pacientes presentaron una mala adherencia al tratamiento. Aunque no se observó asociación entre el grado de control, adherencia y el nivel de conocimiento, diversos estudios si establecen esta relación⁵. De ahí la necesidad de investigar las posibles causas de la falta de adherencia y buscar estrategias y métodos para fomentar y mejorar la misma. Lo que hace necesario evaluar sistemáticamente el cumplimiento terapéutico en los pacientes anticoagulados en Atención Primaria.

Es de destacar el porcentaje de pacientes que tienen un control inadecuado del INR. Este resultado es comparable con otros estudios llevados a cabo en España (5,6). Aunque en estos se encontró diferencias entre algunas variables y el inadecuado control, tales como sexo femenino, HTA, polimedicación, hábitos dietéticos y el INR lábil, en nuestro estudio solo se encontró asociación significativa con el estado ponderal y la presencia de dislipemia. Los pacientes con mayor IMC tienen un mejor tiempo en rango terapéutico (7). La presencia de dislipemia se relaciona con una mayor probabilidad de tener mal control del INR, dato coincidente con otros autores⁶. Aunque no se encontró diferencias significativas, se debe destacar las peores cifras del control terapéutico en pacientes del sexo femenino y en paciente laboralmente activos, dato coincidente con otros estudios (7,8).

La evaluación de conocimientos, nos permite destacar que solo el 18,7% acierta el total de preguntas, pudiendo estar relacionado con el nivel educativo de los pacientes. A pesar de no haber arrojado datos estadísticamente significativos, se podría llevar a cabo una lectura en base a las respuestas ofrecidas por los pacientes. La educación sanitaria y de manera especial los conocimientos sanitarios pueden ser un desafío para la población mayor, lo cual justificaría la necesidad de cambiar la aproximación sanitaria en pro de conseguir una mejor educación y seguimiento de la población.

La alta prevalencia de mal control (47%), la falta de adherencia (42%) y el desconocimiento de los aspectos más importante de la terapia anticoagulante (45%), pone de manifiesto la necesidad de realizar una adecuada educación y seguimiento de estos pacientes en este ámbito, donde el profesional de Enfermería juega un rol fundamental. Tal vez sería necesario implementar el Modelo de Creencias de Salud para promocionar la salud y evaluar los motivos de este incumplimiento terapéutico, ya que la actitud del paciente es un determinante importante a la hora de mejorar la adherencia y control de este.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Rosendaal FR, Cannegieter SC, van der Meer FJ, Briët E. A method to determine the optimal intensity of oral anticoagulant therapy. *Thromb Haemost.* 1993; 69:236-9.
- 2.- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care* 1986; 24:67-74
- 3.- Núñez I, García ME. Adaptación transcultural del "Oral Anticoagulation Knowledge Test". *Revista Cuidándote [Internet]*. 2º trimestre 2015 Disponible en: URL: <https://docplayer.es/76965076-Adaptacion-transcultural-del-oral-anticoagulation-knowledge-test.html>
- 4.- Fernández-López P, López-Ramiro, M, Merino-de Haro I, Cedeño-Manzano, G, Díaz-Siles, F, Hermoso-Sabio A. Estado de

control de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K en atención primaria. Estudio ECOPAVIK. *Semergen-Medicina de Familia*. 2016;42(8):530-537.

5.- Polo-García J, Barrios-Alonso V, Escobar-Cervantes C, Prieto-Valiente L, Lobos-Bejarano J, Vargas-Ortega D, et al. Control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular en práctica clínica de atención primaria en las diferentes comunidades autónomas. *Estudio PAULA. Semergen*.2017; 43(3): 207-215.

6.- Cinza-Sanjurjo S, Rey-Aldana D, Gestal-Pereira E, Calvo-Gómez C. Evaluación del grado de anticoagulación de pacientes con fibrilación auricular en el ámbito de atención primaria de Galicia. *Estudio ANFAGAL. Rev Esp Cardiol*. 2015; 68(9): 753-760.

7.- Anguita-Sánchez M, Bertomeu-Martínez V, Cequier-Fillat Á. Calidad de la anticoagulación con antagonistas de la vitamina K en España: prevalencia de mal control y factores asociados. *Rev Esp Cardiol*.2015; 68(9):761-768.

8.- Platt A, Localio A, Brensiger C, Cruess D, Christie J, Gross R, et al. Risk factors for nonadherence to warfarin: results from the In-RANGE study. *Pharmacoepidem Drig Saf*. 2008;17(9):853-860.

Mesa 18: Práctica Clínica

Session 18: Clinical Practice

AUTORES/AUTHORS:

Rosa María López Posteguillo, María López-Parra, Núria Vilarasau, Lekshmy Parameswaran

TÍTULO/TITLE:

Cómo diseñar una habitación hospitalaria para la mejora del confort de los usuarios

Objetivo: incorporar las necesidades de los usuarios y profesionales en el diseño de las habitaciones dobles en la construcción de las nuevas instalaciones de una fundación sanitaria concertada por el sistema sanitario público.

Método:

Investigación cualitativa en relación al diseño de habitaciones para la construcción del nuevo edificio del NHE (Nuevo Hospital Evangélico) de Barcelona. Cabe destacar que esta institución funciona desde finales del siglo XIX, iniciándose como un dispensario de enfermería para dar atención sanitaria en una epidemia de cólera. El edificio original se fue ampliando a lo largo del siglo XX y a principios de este siglo se detectó que las instalaciones necesitaban una ampliación y mejora. Se inició un proceso de planificación de un nuevo edificio. Recientemente han comenzado las obras de construcción de las nuevas instalaciones en la zona de 22@ en Barcelona. Está previsto que finalicen en 2023 y será un centro de atención intermedia para los distritos de Sant Martí y Ciutat Vella 1.

La investigación se desarrolla mediante entrevistas estructuradas realizadas a profesionales, pacientes y familiares; indagando sobre las instalaciones actuales y cómo les gustaría que fueran las futuras.

El proyecto fue desarrollado por: investigadora externa procedente del Laboratorio de Investigación en cuidados 2 (The Care Lab) y 2 enfermeras externas al centro, pertenecientes a NCFI Spain (Nursing Christian Fellowship Internacional) que colaboran con investigación y docencia en el NHE. Una de las enfermeras realizó el trabajo de campo, la otra dió soporte metodológico.

Entrevista semiestructurada (Ad-hoc) que preparó la investigadora del laboratorio 2. La entrevista constaba de 27 preguntas abiertas en relación con las actividades del paciente en la habitación, la interacción con el compañero, la familia y los profesionales.

La principal dimensión era el confort del paciente, su familia y los profesionales en las nuevas instalaciones según maqueta y fotos de simulación que se mostraban durante la entrevista 3.

El procedimiento era el siguiente: la enfermera de campo se presentaba, informaba del proyecto, se pedía el consentimiento al participante y a continuación se procedía a realizar la entrevista.

Criterios de selección: Pacientes ingresados en habitación doble con compañero y diferentes tipos de ingreso (larga estancia, convalecencia y rehabilitación), se buscó paridad de sexo y capacidad cognitiva para poder contestar las preguntas de la entrevista. Se incluyó en la entrevista al familiar si estaba presente. Participación voluntaria previa aceptación y firma del consentimiento informado.

Se propuso participar a diferentes trabajadores del NHE de forma que hubiera representación de todas las categorías profesionales. Se realizó una sesión inicial explicando todo el proyecto, los que voluntariamente quisieron participar firmaron el consentimiento y a continuación se realizó la entrevista, recordándoles los objetivos de la misma.

Todas las entrevistas fueron realizadas por la misma investigadora (enfermera de campo). Durante las entrevistas también se utilizaron fotografías y una maqueta. La maqueta y fotografías se hicieron teniendo en cuenta sugerencias de diseño que representantes de los distintos grupos de profesionales hicieron en el estudio de arquitectura (ya que previamente se habían tenido conversaciones sobre el diseño de las habitaciones).

Al finalizar las entrevistas, se procedió al análisis y síntesis de las mismas, extrayendo las categorías emergentes, reducción de datos, inducción analítica identificando también subcategorías. Con toda esta información se elaboró un informe conjunto con The Care Lab que a su vez presentó a la directiva del Hospital y de los responsables del proyecto arquitectónico.

Resultados:

El estudio se desarrolló en Julio de 2019. Se realizaron un total de 17 entrevistas: 8 a pacientes, 2 a familiares y 7 a profesionales. El 75% de los pacientes eran mujeres, con una edad media de 78,5 años ⟮59-96⟯, llevaban un tiempo de estancia media de 88 días ⟮15-365⟯, el 75% está ingresado en concepto de convalecencia y 25% en larga estancia, sólo uno

de ellos está acompañado por un familiar en el momento de la entrevista.

El 85% de los profesionales entrevistados son mujeres, con una media de edad de 48 años ⟮29-64⟯, con una media de 12,5 años trabajados en el NHE ⟮3-30⟯ y de media dicen pasar el 35% de su jornada en la habitación de los usuarios ⟮15-70⟯.

Las principales necesidades detectadas entre los pacientes: Falta de espacio y privacidad, deficiencias en el baño; entre los familiares: baño en la habitación, (algunas habitaciones no lo tenían) espacio seguro para guardar objetos personales y de almacenaje suficiente.

Los profesionales destacan: falta espacio y privacidad para interactuar con los pacientes, mobiliario para sentarse, iluminación correcta y baño independiente y adaptado.

La propuesta que se realizó para el equipo de arquitectura fue: buena accesibilidad a todos los dispositivos electrónicos. Facilidad de movimiento del paciente (bajar de la cama, sentarse en el sillón, uso de la cortina...). Flexibilidad para tener las pertenencias más cerca de la cama. Posibilidad de regular la temperatura y la iluminación. Instalaciones y materiales de fácil limpieza para evitar infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

Para la interacción entre los pacientes se colocarán las camas una frente a la otra, en paralelo, siendo posible dialogar cara a cara. Ambos usuarios reciben luz natural y tienen visión al exterior, pero cuando sea necesaria intimidad se extenderán las cortinas semirrígidas que separan el espacio. Otro elemento añadido al diseño de la habitación es tener un espacio personalizado en la pared frente al paciente, donde este pueda poner algunos objetos personales que aporten calidez y le conecten visualmente con su casa y su familia.

Discusión:

La mejora del confort de la habitación del paciente forma parte de un modelo de Cuidados centrado en la persona y su familia 3, donde todas sus necesidades sean tenidas en cuenta y donde el Hospital no sea un elemento extraño sino de acogida en los momentos de más vulnerabilidad de las personas. Este diseño de habitación está pensado para mejorar la seguridad del paciente, disminuir los riesgos de caídas, proporcionar una mayor intimidad al paciente y sus visitas y facilitar la realización de las tareas a los profesionales 4. Así conseguiremos aumentar el nivel de satisfacción tanto en los pacientes como en los profesionales, persiguiendo la mejora continua de la calidad 5.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

1. El Periodico. [Internet]. Empieza la construcción del Nou Hospital Evangèlic de Barcelona en el 22@. [citado 29 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/barcelona/20210611/obras-nuevo-hospital-evangelic-barcelona-22-11815088>
2. A Call to Redesign Care. [Internet]. The care lab. 2019 [citado 10 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.thecarelab.org/>
3. Lavender SA, Sommerich CM, Sanders EB, Evans KD, Li J, Radin Umar RZ, Patterson ES. Developing Evidence-Based Design Guidelines for Medical/Surgical Hospital Patient Rooms That Meet the Needs of Staff, Patients, and Visitors. HERD. 2020 Jan;13(1):145-178. doi: 10.1177/1937586719856009. Epub 2019 Jun 13. PMID: 31195834
4. Brambilla A, Rebecchi A, Capolongo S. Evidence Based Hospital Design. A literature review of the recent publications about the EBD impact of built environment on hospital occupants' and organizational outcomes. Ann Ig. 2019 Mar-Apr;31(2):165-180. doi: 10.7416/ai.2019.2269. PMID: 30714614.

5. Prats-Molner M. ¿Es un hospital una organización saludable? [Internet]. Linkeding. 2016 [citado 10 mayo 2019]. Disponible en: <https://es.linkedin.com/pulse/es-un-hospital-una-organizaci%C3%B3n-saludable-marta-prats-molner>

AUTORES/AUTHORS:

Lucía Costa-García, Ml. Gómez-Besteiro, Vanesa Balboa-Barreiro

TÍTULO/TITLE:

Valoración del Missed Nursing Care a través del cuestionario OMICE en profesionales de enfermería

Introducción

Los “missed nursing care” son cuidados de enfermería que se dejan sin hacer y constituyen errores de omisión^{1,2}. Una herramienta adecuada para evaluarlos es el MISSCARE Survey y su versión española validada OMICE. Algunos estudios señalan como factores asociados con mayor omisión, la escasez de recursos materiales y humanos, y la falta de trabajo en equipo.

Objetivos

General.- Identificar los cuidados de enfermería no realizados en la práctica asistencial y describir los motivos de omisión.

Específicos.- Estimar la fiabilidad del cuestionario OMICE en la muestra a estudio, analizar algunos factores asociados con el hecho de no realizar o retrasar algunos cuidados de enfermería y describir los motivos expresados.

Método

Diseño.- Estudio descriptivo transversal de prevalencia.

Ámbito.- Hospital universitario del área sanitaria de A Coruña-Cee situado en la ciudad de A Coruña, con una población asignada total de 548.229 tarjetas sanitarias (TS).

Sujetos.- Se invitó a participar a todos los profesionales de enfermería de hospital del área sanitaria, (N=2.914) enfermeras-os y técnicas-os de enfermería.

Periodo.- Desde el 14 de noviembre de 2019 hasta el 27 febrero 2020.

Procedimiento.- A través del correo electrónico institucional, se invitó a participar a todos los profesionales de enfermería del hospital que se encontrasen en activo con labor asistencial durante el periodo de estudio y con una experiencia laboral \geq a 6 meses.

Instrumento de medida.- En formulario on-line autoadministrado se incluyó:

1.- Cuestionario OMICE3 adaptado y validado en el ámbito sanitario en España, contiene en total 47 ítems divididos en 2 secciones (A y B).

Sección A: Relación de Actividades omitidas, con 28 ítems que miden el grado de omisión de diferentes actividades propias de la enfermería mediante una escala Likert de [1 “nunca se deja sin hacer” – 5 “siempre se deja sin hacer”]. Cuenta con 4 dimensiones: evaluación (9 ítems), planificación (3 ítems), intervenciones en cuidados básicos (9 ítems) e intervenciones en cuidados individuales (7 ítems).

Sección B: Relación de motivos sobre los motivos de dichas omisiones, con 19 ítems que miden el grado de importancia de los motivos mediante una escala Likert de [1 “motivo muy importante” – 4 “no es un motivo para la omisión”]. Cuenta con 3 dimensiones: comunicación (8 ítems), recursos materiales (4 ítems) y recursos humanos (7 ítems).

2.- Otras variables sociodemográficas-laborales: edad, sexo, nacionalidad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral y satisfacción laboral, (22 ítems).

Procedimiento

Tras obtener la autorización de la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña-Cee para realizar el estudio. Se envió a todo el personal de enfermería un correo electrónico con el diseño del estudio y el enlace para cumplimentar el formulario.

Análisis de los datos

Se determinó distribución de frecuencias, medidas de tendencia central con intervalos de confianza de 95%. Para la comparación

entre variables cualitativas, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado y para las variables cualitativas-cuantitativas la prueba t-Student o U de Mann-Whitney, según siguiesen o no una distribución normal. Se calculó el Alpha de Cronbach (α-Cronbach) como estimador de la fiabilidad. El análisis estadístico fue efectuado con el programa SPSS 27.

Resultados

Características sociodemográficas

Participaron un total de 128 profesionales de enfermería, lo que supone una ratio de respuesta del 7%, con una edad media de 42 años, (min=24-max=62). El 78% enfermeras y 16% auxiliares de enfermería. Contaban con una experiencia laboral ≥ 10 años un 60%. El mayor porcentaje (77%) trabajaban sólo en una unidad/servicio, el turno horario más frecuente (87%) ha sido el tipo rotatorio complejo con jornadas laborales entre 7 y 10 horas/día. El 93% trabajaban ≥ 30 horas semanales.

Un 44% de los participantes manifestaron tener intención de cambiar de puesto de trabajo en los próximos 6 meses-1 año.

Fiabilidad del instrumento de medida

En la sección A (28 ítems) del cuestionario OMICE se obtuvo un α-Cronbach= 0,937 (95%IC:0,920-0,951) y en la sección B (19 ítems) α-Cronbach = 0,891 (95%IC=0,861-0,916).

El análisis del α-Cronbach por dimensiones señala en todas valores superiores al 0,70; siendo la más baja la dimensión de recursos humanos α=0,734 (95% IC: 0,657-0,798).

Porcentaje de omisión, Puntuación total media por ítems según dimensiones

Entre las actividades que más se omiten, por orden de frecuencia fueron: en primer lugar, apoyo emocional a familiares (52,3%), asistir a reuniones interdisciplinarias (46,1%) y apoyo emocional a pacientes (40,6%).

Entre los motivos más importantes para que ocurran omisiones de cuidados se señalaron: la elevada carga de trabajo, la dotación inadecuada, las situaciones de urgencia, la falta de medicación o el aumento inesperado del número de pacientes.

Factores asociados con la percepción de omisión y motivos

La percepción de omisión en las enfermeras ha sido $\mu=70,6$ ($\pm 16,3$) vs. TCAE $\mu=58,33$ ($\pm 18,4$) diferencia significativa ($p<0,05$).

En cuanto a los motivos de omisión, se encontró asociación estadísticamente significativa ($p<0,05$) con la edad, siendo los del grupo de edad ≥ 45 años los que perciben mayor omisión.

Satisfacción laboral

Se obtuvo una correlación negativa y significativa ($p<0,05$) entre percepción de omisión (puntuación total sección A) y cada uno de los 3 ítems que median satisfacción laboral (con el puesto de trabajo, con la profesión y con el trabajo en equipo).

También se encontraron diferencias significativas ($p<0,05$) entre enfermeras y TCAE en la satisfacción con el puesto de trabajo actual, siendo la TCAE las más satisfechas.

En cuanto a la sección B (motivos), se encontraron diferencias entre las satisfacciones con el puesto de trabajo y con el trabajo en equipo y la dimensión de recursos materiales; así como entre la satisfacción con la profesión y la dimensión de recursos humanos.

Discusión

Las características sociodemográficas de nuestra población coinciden con las muestras estudiadas en otras investigaciones³⁻¹² en cuanto a la distribución según sexo, edad y nivel profesional; lo que de alguna manera indica que, a pesar de ser contextos culturales distintos, se trata de muestras similares.

En nuestro estudio el número de hombres es muy escaso, lo que refleja la proporción desigual según género en la profesión de enfermería. Sería interesante en el futuro conseguir una muestra suficiente en ambos géneros para estudiar si existen diferencias en cuanto a una distinta percepción de actividades omitidas según género.

El cuestionario OMICE en nuestra muestra es un instrumento fiable con una alta consistencia interna en ambas secciones del

cuestionario y en cada una de las dimensiones que incluye, lo que coincide con otros^{2,6,8,10,12}.

Nuestros resultados evidencian una proporción alta de omisión en algunas actividades asistenciales de enfermería hospitalaria. Entre las actividades que se omiten más a menudo está proporcionar apoyo emocional a pacientes y a familiares y educación sanitaria, esto coincide con múltiples estudios^{2,3,6,8-12} en los que también se señalan como las actividades que se omiten con más frecuencia. Si las enfermeras no tienen tiempo para proporcionar todos los cuidados necesarios, se ven obligadas a priorizar y por ello las necesidades psicológicas se ven relegadas a un segundo plano tras las fisiológicas¹⁰. Sin embargo enfermería es una profesión esencialmente de contacto directo con personas y que en muchas ocasiones, especialmente en el hospital están en momentos vulnerables, es necesario dar valor a las áreas psicológicas.

Coincidiendo con otros artículos^{2,3,6,8-12} actividades incluidas en la dimensión de cuidados básicos (cuidados bucales, cambios posturales, promoción de la deambulación o cuidados del patrón sueño-descanso, entre otras) ocupan el segundo lugar por orden de frecuencia de omisión; es posible que estas se deleguen más en familiares por considerarlas actividades sencillas, e incluso en ocasiones ni siquiera se comprueba si se han realizado correctamente. Requiere atención porque esta omisión podría causar un incremento de complicaciones serias como úlceras, trombosis, fatiga o ansiedad¹⁴.

Las enfermeras perciben mayor omisión que las TCAE, siendo estas diferencias significativas en algunos ítems, señalado también en dos estudios brasileños^{11,12}. Estas diferencias parecen reflejar que son grupos con competencias y rol profesional muy distintos. En cuanto a que las profesionales de edad ≥ 45 años sean las que perciben mayor omisión y atribuyan mayor importancia a los motivos para dichas omisiones que las más jóvenes, nos plantea dos posibles hipótesis: que los conocimientos ligados a la experiencia ayuden a percibir mejor las omisiones, una detección precoz de las omisiones es el inicio para su reducción, ya que no podemos evitar lo que desconocemos o podría ser reflejo de un cambio de modelo de atención en cuidados.

Nuestros resultados coinciden con otros estudios^{2,3,7-10,12,13} que señalan que las profesionales de enfermería perciben una carga de trabajo excesiva y una inadecuada dotación de personal. Esto nos obliga a cuestionar la calidad de los cuidados administrados, la seguridad de los pacientes y la dotación de personal sanitario y su relación con algunos efectos adversos como aumento de mortalidad y de recaídas o reingresos¹³.

Al igual que en otro artículo brasileño¹¹ nuestra ratio de respuesta fue escasa, posiblemente debido a la falta de familiaridad con el concepto de "missed care". Este bajo índice de repuesta debería ser considerada una limitación, ya que es posible que aquellas profesionales que no han respondido proporcionarían respuestas diferentes a las obtenidas, por ello es tan importante normalizar y dar a conocer estos cuidados omitidos entre las profesionales del ámbito sanitario e instaurarlo como una medida habitual para garantizar unos cuidados de calidad y una atención segura a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Kalisch B, Landstrom G, Hinshaw A. Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 2009.
2. Kalisch, B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. *West J Nurs Res*. 2014;36(7):875-90.
3. Rey Luque O. Validación del instrumento misscare al español (España) como herramienta de monitorización de la calidad y la seguridad de los cuidados en pacientes hospitalizados. *Dialnet*. 2017.
4. Castilho-Siqueira L.D, Larcher-Caliri M.H., Kalisch B, Spadoti-Dantas R.A. Adaptación cultural y análisis de la consistencia interna del instrumento MISSCARE para uso en Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(2):8.
5. H. Bragadóttir et al. Translation and psychometric testing of the Icelandic version of the MISSCARE Survey. *Scand J Caring Sci*. 2015; 29; 563– 572.
6. Rodríguez-Vilas V. Missed care in community nursing: An analysis of what is not being done or is being delayed. *Enfermería Clínica Elsevier*. 2018. 28(5):341-343.

7. Kalisch B, Reg A. Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care. *The Journal of Nursing Administration (JONA)*. 2009; (39): 5 [211-219].
8. Kalisch BJ, Terzioglu F, Duygulu S. The Misscare Survey-Turkish: Psychometric Properties and Findings. *Nurs Economics*. 2012. 30:1-33.
9. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Diaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25: e2877.
10. Zeleníková R, Gurková E, Jarošová D. Missed nursing care measured by Misscare Survey – the first pilot study in the Czech Republic and Slovakia. *Cent Eur J Nurs Midw* 2019;10(1):958–966.
11. Dutra CKR, Salles BG, Guirardello EB. Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03470.
12. Lima JC, Silva AEBC, Caliri MHL. Omission of nursing care in hospitalization units. *Rev.Latino-Am. Enfermagem*. 2020; 28:e3233.
13. Juvé-Udina M-E, González-Samartino M, López-Jiménez MM, et al. Acuity, nurse staffing and workforce, missed care and patient outcomes: A cluster-unit-level descriptive comparison. *J Nurs Manag*. 2020;28:2216–2229.
14. Kalisch BJ, Lee S, Dabney BW. Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *J Clin Nurs*. 2013. 23(11-12): 1486-501.

AUTORES/AUTHORS:

Jesica Montero Marco, Beatriz Herrero Cortina, Marta Charlo Bernardos, Eva Caudevilla Biota, Angel Gasch Callen, Elena Altarribas Bolsa

TÍTULO/TITLE:

¿Se puede predecir con el Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería la duración de la estancia hospitalaria?

Objetivos: Describir las variables incluidas en los Informes de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE) e identificar posibles factores predictores al ingreso de una duración mayor de 7 días de estancia hospitalaria.

Metodología: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo donde se registraron variables sociodemográficas (sexo, edad y origen), y clínicas al ingreso (escala Norton) y al alta (escala Norton, escala Barthel, dolor mediante escala visual analógica, presencia y tipo de lesión por presión y duración estancia hospitalaria) incluidas en los ICCE de pacientes en diferentes servicios, entre enero 2006 y octubre de 2018 en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, volcados de Historia Clínica Electrónica a Microsoft Excel®. Se utilizó un modelo de regresión logística para analizar factores predictores de mayor duración de la estancia hospitalaria (> 7 días).

Resultados: La muestra fue de 105.599 ICCE, pertenecientes a 67.752 pacientes. La edad media fue de 65±18 años, un 47% eran mujeres y un 41% procedía del medio rural. La escala Norton al ingreso presentó una puntuación media de 17,2±3,4, categorizándose como riesgo mínimo el 81% y como riesgo muy alto el 4%. Al alta hospitalaria, la escala Norton fue 18±3,0 (p<0,001); la escala Barthel fue de 80,7±29,5 puntos, siendo el 50% independiente y el 9% dependiente total; presentaba dolor el 37% con una puntuación media de 1±1,7 y lesión por presión el 6%, siendo el 38% intrahospitalaria. Los días promedio de estancia fueron 10±11. Sobre el total de la muestra estudiada, se seleccionó aleatoriamente para el modelo de regresión una muestra de 1.263 ICCE presentando una edad media de 68±17, siendo un 48% de mujeres y un 40% del medio rural. La puntuación Norton al ingreso fue de 16,2±3,8 y los días promedio de estancia fueron 11±13. El sexo (OR, 1,31 [1,04-1,65]; p=0,02), la edad (1,02 [1,01 – 1,02]; p<0,001) y la puntuación de Norton al ingreso (riesgo medio 2,68 [1,81 – 3,96]; p<0,001), riesgo alto 2,81 [1,80 – 4,39]; p<0,001 y riesgo muy alto 3,00 [1,82 – 4,91]; p<0,001), fueron las variables relacionadas con mayor estancia hospitalaria (> 7 días).

Discusión: La información registrada e incluida en los ICCE permite conocer los cuidados recibidos durante la estancia hospitalaria y alcanzar una atención integral desde el hospital a domicilio o a los centros de Atención Primaria. Tener una edad más avanzada, junto al sexo femenino y una puntuación en la escala Norton categorizada principalmente en riesgo medio, alto y muy alto, son factores predictores que identifican posibles pacientes candidatos de tener una estancia hospitalaria > 7 días. Conocer estos indicadores, en la práctica clínica ayuda a la gestión de los cuidados y a tomar decisiones para prevenir posibles complicaciones o eventos adversos durante la estancia hospitalaria. La limitación de los registros formalizados a nivel de la institución, impide añadir otros posibles factores predictores en el modelo de regresión.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Broome ME. Big data, data science, and big contributions. Nurs Outlook. 2016 Mar-Apr;64(2):113-114

Chen HL, Jiang AG, Zhu B, Cai JY, Song YP. The Risk Factors of Postoperative Pressure Ulcer After Liver Resection With Long Surgical Duration: A Retrospective Study. Wounds. 2019 Sep;31(9):242-245

De Almeida Medeiros AB, da Conceição Dias Fernandes MI, de Sá Tinôco JD, Cossi MS, de Oliveira Lopes MV, de Carvalho Lira ALB. Predictors of pressure ulcer risk in adult intensive care patients: A retrospective case-control study. Intensive Crit Care Nurs. 2018 Apr;45:6-10

- Delaney CW, Weaver C. 2018 Nursing Knowledge Big Data Science Initiative. *Comput Inform Nurs*. 2018 Oct;36(10):473-474
- Founds S. Systems biology for nursing in the era of big data and precision health. *Nurs Outlook*. 2018 May-Jun;66(3):283-292
- García-Sanz MT, González-Barcala FJ, Cánive-Gómez JC, García-Couceiro N, Alonso-Acuña S, Carreira JM. Prolonged stay predictors in patients admitted with chronic obstructive pulmonary disease acute exacerbation. *Lung India*. 2018 Jul-Aug;35(4):316-320
- López Pardo Patricia, Socorro García Alberto, Baztán Cortés Juan José. Influencia de la duración de la estancia hospitalaria sobre la mortalidad tras el alta en pacientes mayores con patología médica aguda. *Gac Sanit [Internet]*. 2016 Oct [citado 2021 Sep 27] ; 30(5): 375-378. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000500010&lng=es
- Nishida S, Hayashi Y, Suzuki A, Kobayashi R, Inuzuka T, Itoh Y. Relationship between number of drugs and duration of hospital stay in older patients with neuromuscular diseases. *Geriatr Gerontol Int*. 2018 Jul;18(7):1018-1024
- Perazzo J, Rodriguez M, Currie J, Salata R, Webel AR. Creation of Data Repositories to Advance Nursing Science. *West J Nurs Res*. 2019 Jan;41(1):78-95
- Sternal D, Wilczyński K, Szewieczek J. Pressure ulcers in palliative ward patients: hyponatremia and low blood pressure as indicators of risk. *Clin Interv Aging*. 2016 Dec 29;12:37-44
- Toh HJ, Lim ZY, Yap P, Tang T. Factors associated with prolonged length of stay in older patients. *Singapore Med J*. 2017 Mar;58(3):134-138.
- Westergaard D, Moseley P, Sørup FKH, Baldi P, Brunak S. Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women. *Nat Commun*. 2019 Feb 8;10(1):666

AUTORES/AUTHORS:

Yolanda Lladó Maura, Magdalena Lucia Berga Figuerola, Josefa Rodríguez Moreno

TÍTULO/TITLE:

Impacto del covid19 en los pacientes portadores de catéter venoso en un hospital de segundo nivel asistencial

Introducción

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria suponen un reto relevante para las instituciones, ya que constituyen un problema de considerable envergadura debido a su impacto sanitario y económico. Dichas infecciones nosocomiales producen un aumento de las tasas de morbilidad de los pacientes a la vez que alargan los días de ingreso hospitalario provocando una sobrecarga económica en el sistema (1).

Las bacteriemias producidas por catéter venoso suponen el 44.53% del total de bacteriemias nosocomiales que se producen en una institución sanitaria, según el último Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) (2).

Numerosas investigaciones llevadas a cabo durante la pandemia ponen en evidencia el efecto negativo que ha provocado el Covid-19, sobre las bacteriemias relacionadas con catéter, produciendo un aumento significativo de las mismas (3) y posicionándose como la causa más común de infección nosocomial (4).

Conscientes del impacto y relevancia de la infección nosocomial en las instituciones sanitarias, el Hospital Universitario Son Llàtzer (HUSLL), hospital de segundo nivel asistencial (417 camas) ubicado en Palma de Mallorca, inició el estudio y análisis de su tasa de incidencia de bacteriemia relacionada con catéter venoso (TI de BRCV). Dicho análisis se ha mantenido desde el año 2015 hasta la actualidad, a pesar de la pandemia existente, debido a la necesidad de continuar con el programa de vigilancia tras la implantación de un paquete de medidas puesto en marcha desde ese año (5).

1. Objetivos

- A) Conocer la tasa de incidencia (TI) de bacteriemia relacionada con catéter venoso (BRCV) durante la pandemia Covid-19
- b) Comparar la TI de BRCV del 2020 con el 2019.

2. Métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo que comprende el análisis de la TI de BRCV desde enero a diciembre 2020 y cuyo resultado se compara con los mismos meses del año anterior, 2019. Todos los pacientes incluidos en el estudio estaban ingresados en las unidades de hospitalización, incluyendo la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del Hospital Universitario Son Llàtzer (HUSLL), eran mayores de 14 años y portadores de un catéter venoso (CV).

Quedan excluidos del estudio aquellos pacientes con diagnóstico de BRCV en régimen ambulatorio, especialmente aquellos en tratamiento con hemodiálisis, citostáticos o inmunosupresores, que corresponderían mayoritariamente a aquellos portadores de catéter venoso tunelizado (CT) y reservorio subcutáneo (RS), siguiendo la descripción del Programa de Vigilancia de las Infecciones Nosocomiales de Cataluña (VINCAT) (6).

3.1 Definiciones

Del mismo modo, se siguieron las definiciones establecidas en el VINCAT para la interpretación de BRCV y el cálculo de la TI., tal y como se describe a continuación:

Bacteriemia relacionada con catéter venoso: detección de crecimiento de bacterias, levaduras u hongos en paciente portador de catéter venoso en al menos, un lote de hemocultivos (HC) obtenidos de una vena periférica (en el caso de microorganismos colonizadores cutáneos habituales, son necesarios dos lotes de hemocultivos), asociados a manifestaciones clínicas de infección y en ausencia de otro foco aparente de bacteriemia, exceptuando el propio catéter. A las condiciones anteriores se deben una o más de las siguientes:

- a. Cultivo semicuantitativo (>15UFC/segmento del catéter), con detección del mismo microorganismo que en los HC obtenidos de

sangre periférica.

b. Tiempo de positividad de los HC superior a les dos horas entre los HC obtenidos de sangre procedente de una vena periférica y los obtenidos a través de una luz de catéter venoso.

c. Presencia de signos inflamatorios o de secreción purulenta en el punto de inserción o en el trayecto del túnel subcutáneo, cuyo cultivo demuestre la existencia de crecimiento del mismo microorganismo detectado en los HC.

d. Resolución de los signos y síntomas clínicos después de la retirada de un CV o de un tratamiento antibiótico apropiado. Para el diagnóstico clínico de bacteriemia relacionada con CV periférico se precisa la presencia de signos de flebitis.

TI de BRCV: número de episodios de BRCV detectadas en 1 año / 1000 estancias.

3.2 Análisis estadístico

Todos los análisis estadísticos se realizaron a través del software de estadísticas IBM SPSS v23.0

Los datos fueron obtenidos de la historia clínica del paciente a partir de resultados positivos de HC. Para el cálculo de las estancias de los pacientes hospitalizados se utilizó el registro aportado por control de gestión de nuestra institución.

3.3 Consideraciones éticas

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de investigación del HUSLL

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

3. Resultados

Resultados 2020

Durante el año 2020 se diagnosticaron en nuestro centro 41 casos de BRCV en pacientes hospitalizados: 18 de catéter venoso periférico (CVP) y 16 de catéteres venosos centrales (CVC), 5 de CT y 2 de RS.

La distribución por sexos es del 52.9% BRCV en varones y 47.1% en mujeres

Así pues, la TI de BRCV en 2020 fue de 0.36 casos/1000 estancias (0.19 en CVP y 0.17 en CVC), en las unidades de hospitalización. En referencia a la UCI, la TI del 2020 fue de 2.19 casos/1000 estancias.

Los meses con mayor número de estancias de pacientes Covid-19 fueron: marzo, abril, agosto y septiembre. En marzo, no se detectó ningún caso de BRCV. En abril la TI de BRCV fue de 0.33 casos/1000 estancias, correspondientes todas ellas a CVC procedentes de la UCI. En agosto la TI de BRCV fue de 0.75 (0.62 en CVP y 0.12 en CVC) y en septiembre de 1.46 casos/1000 estancias (0.58 en CVP y 0.87 en CVC)

Durante el 2020, se adaptaron progresivamente 4 unidades de hospitalización para el ingreso de pacientes Covid (tres de ellas de medicina interna y la cuarta de urología). Dos unidades Covid de medicina interna (MI1 y MI2) no tuvieron ningún caso de BRCV en los meses de agosto y setiembre, coincidiendo una de ellas, MI1, con la que más estancias Covid registró no solo durante estos dos meses sino durante todo el año, en contraposición con la otra, MI2, que tuvo el menor número de ingresos Covid. En la unidad de urología no se diagnosticó ninguna BRCV en setiembre, siendo la TI de BRCV del mes de agosto 1.36. En la tercera unidad de medicina interna (MI3) la TI del mes de agosto fue de 1.30 aumentando en el mes de setiembre a 3.11 coincidiendo en este momento cuando se destinó esta unidad al tratamiento de pacientes Covid crónicos complejos.

En referencia a los microorganismos causales de las BRCV los más frecuentes fueron: en el 26.8% Staphylococcus aureus, 17.1% Staphylococcus coagulasa negativo (Staphylococcus epidermidis), 14.6% Klebsiella pneumoniae, 12.1% Enterobacter, 9.7% Pseudomona aeruginosa, 7.3% Escherichia coli, 4.8% Serratia marcescens y 4.8% de Cándida spp. Siendo dos de las BRCV de etiología polimicrobiana (CVC).

El 50% de las BRCV fueron causadas por microorganismos Gram positivos: el 29.4% por Staphylococcus aureus (el 80% de ellas de CVP), el 14.7% por Staphylococcus coagulasa negativa.

El 100% de las candidemias pertenecen a CVC.

Resultados 2019

Durante el año 2019 se diagnosticaron en nuestro centro 56 casos de BRCV en pacientes hospitalizados: 25 de CVP, 11 de CVC, 2

de CT y 13 RS.

La distribución por sexos es del 58.5% de BRCV en varones y 41.5% en mujeres sin ningún cambio significativo respecto al 2020. Así pues, la TI de BRCV en 2019 fue de 0.29 casos/1000 estancias (0.26 en CVP y 0.03 en CVC) en las unidades de hospitalización. En referencia a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la TI del 2020 fue de 1.8 casos/1000 estancias.

En referencia a los microorganismos causales de las BRCV los más frecuentes fueron: en el 23.2% *Staphylococcus aureus*, 23.7% de *Staphylococcus coagulasa* negativo (mayoritariamente *Staphylococcus epidermidis*), 19.6% *Klebsiella pneumoniae*, 10.7% *Escherichia coli*, 5.3% *Pseudomonas aeruginosa*, 5.3% de *Cándida* spp, y 3.5% de *Enterobacter faecalis*. Siendo tres de las BRCV de etiología polimicrobiana (CVP).

El 52.1% de las BRCV fueron causadas por microorganismos Gram positivos: el 22.5% por *Staphylococcus aureus* (todas por CVP), el 27.5% por *Staphylococcus coagulasa* negativa.

Solo el 33.3% de las candidemias pertenecen a CVC.

En cuanto a la comparación entre el 2019 y 2020 existe en este último año un aumento de la TI de BRCV a expensas del CVC con un incremento significativo en el servicio de UCI y una disminución importante de BRCV en la unidad de Cardiología.

4. Discusión (implicaciones para la práctica clínica)

La pandemia del Covid ha impactado de forma significativa en la TI de BRCV de nuestra institución, tanto en las unidades de hospitalización como en la UCI, tal y como refieren otros estudios (7).

El hecho de usar los equipos de protección individual de forma tan extensa, el aumento de carga asistencial debido a la complejidad de los pacientes, la disminución de la frecuencia de los contactos con los pacientes con el objetivo de reducir la exposición de los trabajadores, además del estrés y cansancio reflejado en los profesionales sanitarios tras meses de pandemia, pudo suponer una mayor dificultad para el correcto mantenimiento de los catéteres venosos, así como una insuficiente valoración en la retirada precoz de dispositivos vasculares innecesarios. (7). A todo ello habría que añadir que, el hecho de precisar la colocación de pacientes en prono en el Servicio de UCI, ha podido influir en una menor visualización del punto de inserción, así como del estado del apósito de los CVC, tal y como refieren otros estudios. (8)

En referencia al año 2020, el mayor incremento de la TI de BRCV aconteció durante los meses de agosto y septiembre, coincidiendo con un repunte de casos y, por tanto, a un mayor número de estancias de paciente Covid. Sin embargo, al analizar los resultados por unidades de hospitalización, se observa que la TI de BRCV en las cuatro unidades dedicadas a pacientes Covid, no se correlaciona con el aumento o disminución de las estancias en esas unidades, sino más bien con las características del propio paciente, las cuales no fueron homogéneas en todas las unidades de hospitalización Covid, coincidiendo en una de ellas el aumento de la TI de BRCV con el ingreso de pacientes crónicos complejos.

Respecto a la microbiología asociada a las BRCV, se ha producido un aumento de las causadas por *S. aureus*, reflejado ya en otros estudios (9). Sin embargo, el porcentaje de aquellas producidas por *Cándidas* y *S. coagulasa* negativo han disminuido de forma leve a diferencia de lo plasmado en otros estudios (7).

En cuanto a la disminución de BRCV en la unidad de cardiología en el 2020 respecto al 2019 comentar el trabajo de formación realizado en el servicio tanto a facultativos y personal de enfermería para la retirada precoz de CVP y el buen mantenimiento de los mismos en el primer trimestre del 2020.

Es evidente que los pacientes, independientemente de su patología, continúan precisando de una valoración y cuidado integral, evitando cualquier riesgo derivado de la asistencia sanitaria que agravaría la situación del paciente. La puesta en práctica de medidas basadas en la evidencia científica en relación al acceso vascular resulta fundamental para preservar la seguridad de los pacientes. Por tanto, tal y como han hecho otras sociedades científicas como la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) (10), se deberían desarrollar nuevas pautas adaptadas a las unidades de hospitalización para el control de las bacteriemias relacionadas con catéter, incluyendo las propias para el catéter venoso periférico, con una clara escasez

de estudios dentro de la infección nosocomial (11) que se ha mantenido durante la pandemia del Covid.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Revisión Sistemática de Eventos Adversos y Costes de la No Seguridad. Las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Informes, estudios e investigación; 2015. Consultado en abril 2021. <https://www.seguridaddelpaciente.es>
2. Estudio de prevalencia de infecciones nosocomiales en España. Estudio EPINE-EPPS nº 30:2019. Consultado en abril 2021. <https://epine.es/api/documentopublico/2019%20EPINE%20Informe%20Espa%C3%B1a%2027112019.pdf>
3. Patel PR, Weiner-Lastinger LM, Dudeck MA, et al. Impact of COVID-19 pandemic on central-line–associated bloodstream infections during the early months of 2020, National Healthcare Safety Network. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2021. doi: 10.1017/ice.2021.108.
4. Haocheng Zhang, Yi Zhang, Jing Wu, et al. Risks and features of secondary infections in severe and critical ill COVID-19 patients, *Emerging Microbes & Infections*, 9:1, 1958-1964, DOI:10.1080/22221751.2020.1812437
5. Garcia-Gasalla M, Arrizabalaga-Asenjo M, Collado-Giner C, et al. Results of a multi-faceted educational intervention to prevent peripheral venous catheter associated bloodstream infections. *Journal of Hospital Infection*. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.02.004>
6. Badia JM, Pilar Barrufet P, Campins M. Diaz E, et al. Programa de vigilància de les infeccions nosocomials als hospitals de Catalunya (VINCat). 1ª ed. Direcció General de Salut Pública; 2019
7. Fakh MG, et al. (2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, central-line–associated bloodstream infection (CLABSI), and catheter-associated urinary tract infection (CAUTI): The urgent need to refocus on hardwiring prevention efforts. *Infection Control & Hospital Epidemiology* 2021 Feb 19:1-6. doi: 10.1017/ice.2021.70.
8. KM McMullen, BA Smith, T Rebmann. Impact of SARS-CoV-2 on hospital acquired infection rates in the United States: predictions and early results. *Am J Infect Control*. 2020 Nov; 48(11):1409-1411.
9. Baker MA, Sands KE, Huang SS, et al. The Impact of COVID-19 on Healthcare-Associated Infections. *Clin Infect Dis*. 2021 Aug 9: ciab688.
10. Medicina Intensiva establece las pautas para volver a controlar la bacteriemia en las UCI [Internet]. 2021. Disponible en: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2021/02/NdP-Control-de-Bacteriemia-por-cateter.pdf>
11. Capdevila JA. EL catéter periférico: El gran olvidado de la infección nosocomial. *Rev Esp Quimioter* 2013;26(1):1-5

Mesa 19: Promoción de la salud

Session 19: Health promotion

AUTORES/AUTHORS:

PAULA MOLERO CÁRDENAS, MARÍA MIANA ORTEGA, DAVID BLANCO GUTIÉRREZ, ALBERTO HERNÁNDEZ DE BENITO, ANA RAMIRO RECIO, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO

TÍTULO/TITLE:

Efectividad de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual dirigida a adultos jóvenes

Objetivos: El objetivo general consiste en valorar la efectividad de una intervención de educación para la salud sobre infecciones de transmisión sexual en adultos jóvenes de 18 a 30 años. Se suman dos específicos, evaluar la efectividad de una intervención en educación para la salud en el grado de conocimiento sobre las ITS en adultos jóvenes, y valorar la influencia de las variables sociodemográficas, sexo, edad y tipo de estudios académicos en el grado de conocimientos sobre ITS previos y posteriores a la intervención. Finalmente dos objetivos secundarios, identificar prácticas sexuales de riesgo entre los participantes del estudio previas a la intervención educativa sobre enfermedades de transmisión sexual y determinar la influencia de las variables sociodemográficas, sexo, edad y tipo de estudios académicos en la práctica de conductas sexuales de riesgo.

Métodos: Estudio cuasiexperimental con dos valoraciones PRE-intervención educativa y POST-intervención, donde se evalúan los conocimientos sobre ITS y la práctica de conductas sexuales de riesgo. La intervención educativa se desarrolló a través de la red social Instagram, mientras que los datos obtenidos fueron analizados con SPSS v. 22

Resultados: 50 personas, participaron en el estudio, el 56% mujeres y el 44% hombres, con una mediana de edad de 22,5 (RIC: 6). Se encontraron diferencias significativas entre porcentaje de aciertos PRE y POST, con una mediana de 64,71% (RIC: 29,41) de aciertos PRE y 88,24% (RIC: 17,65) de aciertos POST. Se observó que después de la segunda intervención aparecen en algunas preguntas un incremento en los fallos. Es destacable que los participantes con estudios relacionados con la sanidad tuvieron un mayor grado de conocimiento previo a la intervención con respecto a aquellos que realizaban estudios no sanitarios ($p < 0,011$), no obstante, dicha diferencia no se observó en la valoración posterior a la intervención. Se determinaron también las prácticas sexuales de riesgo entre los participantes, destacando resultados tales que, el 92% de los participantes encuestados no utiliza preservativo para la práctica de sexo oral. Después de la segunda intervención aparecen en algunas preguntas un incremento en los fallos.

Discusión: Entre los resultados obtenidos en el estudio, muchos se asemejan a la falta de conocimientos sobre las ITS y también existen parecidos en las prácticas sexuales de riesgo que se llevan a cabo, y la poca concienciación que hay al respecto. La fácil y positiva utilización de las redes sociales en el estudio aparece en otras investigaciones similares.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Unemo M, Seifert HS, Hook EW, Hawkes S, Ndowa F, Dillon JAR. Gonorrhoea. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. 2019;5(1). Available from: <https://www.nature.com/articles/s41572-019-0128-6>

AUTORES/AUTHORS:

Irene Otegui Vicente, Rubén Aragón Posadas

TÍTULO/TITLE:

Conocimientos y actitudes sobre la sexualidad en adultos mayores

OBJETIVO

Aumentar el conocimiento y lograr un cambio de actitud positiva respecto a la sexualidad en personas mayores de 60 años.

MÉTODOS

Diseño: estudio cuasiexperimental con diseño pretest y postest con un grupo control. El trabajo forma parte del "Proyecto SEXMA" (una línea de investigación en educación para la sexualidad en personas mayores), en el cual ya se ha trabajado con el grupo experimental, al que se le ha realizado una intervención educativa entre el cuestionario pretest y el postest para analizar la eficacia del programa educativo, por lo que este trabajo aportará conocimiento a dicho proyecto. Una vez finalizados ambos cuestionarios, el pretest y el postest, se entrega el material formativo al grupo control a través de un enlace accesible al final del segundo cuestionario.

Ámbito de estudio: plataforma Microsoft Forms para la realización y distribución de los cuestionarios y la entrega de material formativo a su finalización. Se obtiene el visto bueno del Comité de Bioética y el Delegado de Protección de Datos de la Universidad de Burgos.

Población de estudio: personas mayores de 60 años con acceso a la encuesta enviada mediante un programa de mensajería instantánea y que hayan aceptado el consentimiento informado. Se distribuyen dos cuestionarios iguales (en un intervalo de 30 días) mediante muestreo no probabilístico por redes o bola de nieve, distribuida por el investigador a los participantes, estimando el tamaño muestral en 25 personas para que sea representativo del grupo experimental, pero que en ningún caso será representativo del conjunto poblacional.

Variables e instrumentos de medida: se medirán el conocimiento y las actitudes de la población de estudio mediante el test ASKAS-28 (desarrollado originalmente por White, C) validado en lengua portuguesa por Viana, H junto con el proyecto de validación en español del Dr. Feliciano Villar del Departamento de psicogerontología de la Universidad de Barcelona. Dicho test está formado por un conjunto de variables paramétricas y cualitativas que medirán el conocimiento y las actitudes de la población de estudio y junto a este, se distribuye una encuesta de elaboración propia sobre datos demográficos.

Análisis: los datos obtenidos mediante las encuestas realizadas con la plataforma Microsoft Forms se analizan a través del instrumento de análisis de datos estadísticos IBM SPSS Statistics.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 26 personas ($n=26$). Se analizó la distribución normal de ambos grupos sobre los conocimientos y actitudes pretest y postest finales mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, siendo en todos los casos la significación mayor que 0,05 ($p=0,49$, $p=0,337$, $p=0,915$, $p=0,3$) por lo que se asumió que todas las muestras cumplían los criterios de normalidad. Habiendo cumplido esta característica, se analizó la homogeneidad de ambos grupos mediante la prueba de t de Student para muestras emparejadas, siendo la significación bilateral de los conocimientos pre y postest de $p=0,627$ y la de las actitudes pre y postest de $p=0,502$. Debido a que estas cifras son mayores que 0,05 ($p \geq 0,05$), no se rechaza la Hipótesis Nula, asumiendo que no hay aumento de actitudes y conocimientos después del segundo test como grupo control, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Este resultado coincide con el objetivo que persigue un grupo control, ya que al no recibir formación (entre la primera encuesta y la segunda, es decir, entre el pretest y postest), a diferencia de un grupo experimental, el resultado no debería de ser significativo.

DISCUSIÓN

De las 20 preguntas sobre conocimientos, 7 no superaron el 50% y 5 lo hicieron en un pequeño porcentaje, mientras que 8 de ellas superaron el 70% de los conocimientos.

Son destacables tres preguntas con menor porcentaje de conocimiento sobre el tratamiento de la impotencia de los hombres mayores (32,6%), el mantenimiento del interés y actividad sexual en edades mayores (40,3%) y los beneficios de la masturbación en el mantenimiento de la respuesta sexual (46,1%).

En cuanto a las actitudes, de 8 preguntas, todas superaron el 50%, superando 3 de ellas el 70%. En varias preguntas se observó un porcentaje de más del 80%, por lo que indica que, entre los encuestados, no resulta vergonzoso que una persona mayor muestre interés por la sexualidad (82,8%) y consideran que los profesionales de residencias de mayores deberían de estar formados respecto a la sexualidad en este grupo de edad y las personas con discapacidad (84,2%).

De este modo, se observa una actitud positiva pero un bajo conocimiento respecto a la sexualidad en este grupo que podría deberse a la poca información que posee la sociedad sobre la sexualidad, tanto sobre los fármacos que interfieren en ella como las creencias erróneas que aún existen hoy en día respecto a la misma.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Aunque existe una actitud positiva respecto a la sexualidad, es necesaria la educación para aumentar los conocimientos y evitar los mitos que aún siguen existiendo, tratando de eliminar así los prejuicios y tabús de la sociedad respecto a la sexualidad en el adulto mayor. De esta manera, realizando más intervenciones enfermeras, se conseguirá brindar una atención integral, logrando una adaptación más completa y mejor respecto a los cambios del envejecimiento, contribuyendo a la salud, calidad de vida y logro del potencial de las personas, devolviendo así el derecho a la sexualidad de los mayores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Villar F, Celdrán M, Fabà J, Serrat R, Martínez T. Sexualidad en entornos residenciales de personas mayores. Guía de actuación para profesionales. [Internet]. 2017 [cited 2020 Dec 6]. Available from: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiasexualidad2017.pdf>
2. Flynn T-J, Gow AJ. Examining associations between sexual behaviours and quality of life in older adults. Age Ageing [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2020 Dec 6];44(5):823–8. Available from: <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afv083>
3. Llanes Betancourt C. La sexualidad en el adulto mayor [Internet]. Revista Cubana de Enfermería. 2013 [cited 2021 Mar 30]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192013000300008
4. Figueroa-Martín L, Duarte-Clíments G, Sánchez-Gómez MB, Ruyman Brito-Brito P. Abordaje de la sexualidad en atención primaria: ¿qué valorar? Ene [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 30]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2015000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Ghidara E, Antacle A, Erbetta F, Ferro V, Fitzsimons M, Loandos M, et al. Mientras haya vida, hay todo: una mirada en la sexualidad del adulto mayor [Internet]. Vol. 22, Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria. 2019 Aug 29 [cited 2021 Mar 30]. Available from: <http://evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/4219>
6. Torres Mencía S, Rodríguez Martín B. Percepciones de la sexualidad en personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos [Internet]. Revista Española de Salud Pública. 2020 [cited 2021 Mar 30]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100105
7. Aragón R, Lara F, Rodríguez G. Diseño, aplicación y evaluación del Proyecto “SEXMA” servicio- programa de educación sexual para mayores. 2018.

8. White CB. A Scale for the Assessment of Attitudes and Knowledge Regarding Sexuality in the Aged. 1982.
9. Viana HB, de Brito Guirardello E, Madruga VA. Adaptação e validação da ASKAS-Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale em idosos brasileiros. *Texto e Contexto Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2021 Jan 5]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

AUTORES/AUTHORS:

ÁLVARO BRETON SANTOS, MIRIAM LEÑERO CIRUJANO, ANA ISABEL MARTINEZ TEJERO, AMANDA VEIGA-FERNÁNDEZ, SOFÍA MOYA AUSÍN, MIRIAM GARCÍA BAO, ARÁNZASU OROQUIETA GIL

TÍTULO/TITLE:

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES GINECOLÓGICAS

Objetivo

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el virus del papiloma humano (VPH) en la población femenina.

Métodos

Se realizó un diseño descriptivo transversal en la población de mujeres que acudía a las consultas externas de Ginecología en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. El periodo de estudio abarcó desde el mes de abril a junio del 2021.

El equipo investigador diseñó un cuestionario, basado en investigaciones previas, de 9 preguntas con opción de respuesta tipo test que versaban sobre diferentes aspectos de prevención y transmisión del VPH. Los conocimientos sobre el VPH se evaluaron en las siguientes preguntas “¿Ha oído hablar del virus del papiloma humano?”, “¿A quién afecta?” “¿Cuál es la forma de contagio de este virus?”, “¿Ha oído hablar de la vacuna del VPH?” “¿A quién va destinada la vacunación? ¿Crees que a los hombres también se les vacuna del VPH? y “¿Qué crees que produce el VPH?”, “¿Cómo crees que se previene el VPH?” y “¿Considera que debería haber mayor información sobre el VPH y su prevención en sus centros sanitarios?”. Todas estas respuestas eran de opción correcta única, salvo las preguntas sobre la población de vacunación, las lesiones producidas por el VPH y las formas de prevención, que eran de opción múltiple, con más de una posible respuesta correcta. Se recogió la variable edad como dato sociodemográfico.

Previa a la entrega del cuestionario, se realizó una reunión de equipo para acordar la metodología a seguir. Se marcó como criterio de inclusión la captación de pacientes de sexo femenino que acudían a las consultas de ginecología. Como criterio de exclusión se marcó ser menor de edad. El muestreo fue oportunista y la captación se realizó en las consultas de ginecología, una vez finalizada la consulta con el especialista. Se les informó a los participantes el ámbito y objetivo del estudio, así como la voluntariedad del mismo. La participación fue anónima y voluntaria.

En el análisis descriptivo, las variables cuantitativas se presentaron con media y desviación típica y las variables cualitativas, con frecuencias y porcentajes. Los datos se analizaron en el programa estadístico SPSS v.23.

Resultados

Participaron un total de 144 mujeres con una edad media de 40,22 años (+-11,74).

La inmensa mayoría de ellas, el 93,1%, afirmó haber oído hablar alguna vez del VPH. En cuanto al conocimiento sobre la forma más común de contagio, el 85,4% marcó vía sexual, frente a un 4,5% que marcaron otras vías (bien por contacto o sanguínea) y un 9,7% que desconocía su mecanismo de transmisión.

Sobre la población susceptible de padecer la infección por VPH, la gran mayoría, un 90,3%, afirmó que este virus sólo afectaba al

sexo femenino, mientras que una minoría, el 2,8%, afirmó que el VPH afectaba a ambos sexos. Con respecto a las consecuencias producidas por la infección del VPH, la mayoría de las mujeres, el 75%, reconocía que el virus podía producir cáncer cervical, el 20,8% cáncer anal y el 48,6% verrugas ginecológicas. El 14,6% de las mujeres desconocía qué lesiones podría producir. Un 15,3% acumulado de las mujeres marcó alguna de las opciones erróneas en el test (verrugas en manos y pies, infección respiratoria y/o infección urinaria). Ninguna de las pacientes marcó las opciones de cáncer de pene ni orofaríngeo como posibles lesiones del VPH. En cuanto a la vacunación, el 75,7% de las mujeres había oído hablar de la vacuna del VPH. Con respecto a la población a la que va dirigida la vacunación, sólo el 23,6% de la muestra sabía que también los hombres se podían vacunar, frente a un 22,9% que negaban que pudiesen vacunarse y el 53,5% lo desconocía.

Casi el total de las mujeres encuestadas, un 97,9% consideraba que debe haber más información sobre VHP y su prevención.

Discusión:

En este trabajo se ha puesto de manifiesto la necesidad imperiosa de una mayor información y formación sobre este virus y su enfermedad. Se ha demostrado un considerable desconocimiento en las mujeres. Este desconocimiento o falsas creencias de la población sobre el VPH se hacen evidentes en otros muchos estudios realizados acerca de los conocimientos sobre qué es el VPH, mecanismo de transmisión, sujetos susceptibles, síntomas, cribado y prevención. El papel de la enfermería juega un rol determinante en este ámbito. La información y la formación basada en la evidencia enfocada a la población de riesgo es clave en la prevención del VPH. Este estudio muestra la necesidad de realizar intervenciones dirigidas a la población enfocadas sobre todo a los mecanismos de transmisión, factores de riesgo y medidas de prevención como el uso de preservativo, el cribado poblacional, la vacunación y el fomento de hábitos saludables.

Estos estudios realizados no sólo en mujeres, sino también en hombres, son fundamentales para valorar las necesidades formativas que se plantean en la población. En la mayoría de las ocasiones la información y las actuaciones sobre prevención y tratamiento en VPH van enfocadas específicamente a las mujeres, olvidando la población masculina, quien también debe formarse en educación para la salud sobre la prevención del VPH. Nuestro trabajo tiene la limitación de sólo explorar a la población femenina por realizarse en el servicio de ginecología. No obstante, se está planteando reproducir este mismo estudio en la población masculina, realizando la captación en otros ámbitos. Es necesario incidir en la limitación del tamaño muestral, ya que, debido a la situación pandémica actual, el volumen de pacientes citadas presencialmente ha disminuido, en detrimento de las consultas telemáticas para garantizar la seguridad de las mismas.

Es fundamental destacar la funcionalidad de este trabajo, ya que ha hecho replantearse un proyecto a futuro de consulta de enfermería de práctica avanzada sobre el VPH, donde idealmente se ofrecería educación sanitaria individualizada o grupal a pacientes y se tratarían dudas y preguntas sobre este virus para intentar desmontar falsos mitos. La población a la que iría destinada sería tanto a la femenina como a la masculina. También se impartirían cursos y/o talleres enfocados tanto a pacientes como a profesionales sobre el manejo, la prevención y el tratamiento de este virus.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Chellapandian P, Myneni S, Ravikumar D, Padmanaban P, James KM, et al. Knowledge on cervical cancer and perceived barriers to the uptake of HPV vaccination among health professionals. *BMC women's health*. 2021; 21(1), 65.

López N, Garcés-Sánchez M, Panizo MB, de la Cueva IS, Artés MT, et al. HPV knowledge and vaccine acceptance among European adolescents and their parents: a systematic literature review. *Public health reviews*. 2020; 41, 10.

Martínez-Martínez L, Cuesta Cambra. Conocimiento y actitudes hacia el virus del papiloma humano en una población de universitarios españoles. *Revista española de comunicación en salud*. 2018; 9(1):14-21.

Ifediora CO, Azuike EC. Knowledge and attitudes about cervical cancer and its prevention among female secondary school students in Nigeria. *Tropical medicine & international health: TM & IH*. 2019; 23(7), 714–723.

Touch S, Oh JK. Knowledge, attitudes, and practices toward cervical cancer prevention among women in Kampong Speu Province, Cambodia. *BMC cáncer*. 2018; 18(1), 294.

Jassim G, Obeid, A, Al Nasheet HA. Knowledge, attitudes, and practices regarding cervical cancer and screening among women visiting primary health care Centres in Bahrain. *BMC public health*. 2018; 18(1), 128.

Kessler TA. Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. *Seminars in oncology nursing*. 2017; 33(2), 172–183.

Ogbonna FS. Knowledge, attitude, and experience of cervical cancer and screening among Sub-saharan African female students in a UK University. *Annals of African medicine*. 2017; 16(1), 18–23.

Almobarak AO, Elbadawi AA, Elmadhoun WM, Elhoweris MH, Ahmed MH. Knowledge, Attitudes and Practices of Sudanese Women Regarding the Pap Smear Test and Cervical Cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2017; 17(2), 625–630.

Patel H, Jevé YB, Sherman SM, Moss EL. Knowledge of human papillomavirus and the human papillomavirus vaccine in European adolescents: a systematic review. *Sexually transmitted infections*. 2016; 92(6), 474–479.

AUTORES/AUTHORS:

DOLORES SARDO, ARMINDA PINHEIRO

TÍTULO/TITLE:

Factors associated with the degree of satisfaction with health-promoting educational practices in prenatal care

BACKGROUND: Pregnancy is a physiological state with impact and reflexes, in the life of the woman, newborn, family and society. It constitutes an important strategic period of health-promoting practices, covering dimensions of promotion, protection, prevention, personal and social development.

The Sustainable Development Goals 2015-30, goal 3: health and quality and goal 4: quality education, highlight the need to increase accessibility to health care and develop the level of literacy of populations, specifically, health literacy, providing quality health plans and programs.

Health promotion, health literacy and health education¹ are structural components of health care during pregnancy, childbirth and the puerperium, which lead to better use of health resources and ensure greater user satisfaction. In this scenario, the resources of pregnant woman, as proactive client in the choices throughout the reproductive process, are considered good practices of antenatal care (ANC), contributing to a change in the care model and ensuring the reduction of maternal and fetal morbimortality rates².

Women's positive experiences in ANC can create the basis of healthy motherhood³ and women's empowerment promotes active participation in health care decisions and strengthens their autonomy⁴.

Among the resources available in the ANC, health education strategies that promote increased health literacy, integrate effective communication on physiological, behavioral and sociocultural issues, and effective support, including social, cultural, emotional and psychological support for pregnant women in a respectful manner^{3,5}. Communication, information and support in ANC are crucial improving the quality of life and increasing the quality of health care.

The quality of ANC is a precursor and influencer of a positive and quality experience in the care of pregnancy and childbirth and contributes to a change of the model of professional care⁶. It plays an important role in the prevention, monitoring, early detection and treatment of maternal health problems, increasing maternal satisfaction and utilization of health services⁷.

Quality care may increase pregnant women's satisfaction and consequent demand for services, while the degree of dissatisfaction causes couples to leave and decrease the use of health services⁸. The satisfaction of pregnant women is achieved by meeting their needs and expectations⁹. The assessment, of the degree of satisfaction of pregnant women in the ANC, is an important indicator for improving the quality of services, which specialized health professionals (HP) and managers should continuously evaluate.

The quantity and quality of information available and easily accessible, resulting from the increase in information technologies, namely the internet, is a challenge for the HP regarding its adequacy to the real needs of users. Studies point to the need to organize educational activities, that ensure high quality and customer satisfaction⁹. Therefore, it is imperative to identify the factors that can interfere in the satisfaction the pregnant women/couples with the information and guidance provided in the ANC.

There is a scarcity of studies assessing the degree of satisfaction of pregnant women with the information/guidance obtained in the ANC and their associated factors^{2,9}. However, it is possible to identify, in literature, some factors associated with satisfaction with care, such as: educational qualification, number of appointments carried out, gestation period, degree of risk, antenatal classes, place of antenatal appointments, and sources of information^{9,10}. Thus, and according to the guidelines of other studies, we decided to investigate the pregnant women's satisfaction, with educational practices in ANC.

OBJECTIVES: To identify the degree of satisfaction of pregnant women with health-promoting educational practices in the 3rd trimester (3T) in ANC; To identify factors associated with the degree of satisfaction of pregnant women with health-promoting educational practices in the 3T in ANC.

METHODOLOGY: Descriptive-correlational study. Non-probabilistic, intentional sample with 77 pregnant women who were in the 3T,

with 28 or more weeks of gestation, and who attended prenatal consultations in the northern region, between December 2020 - March 2021. A self-report survey was designed, available online, with sociodemographic questions, questions related to the information/orientation needs of pregnant women, questions related to the assessment of the degree of satisfaction with the information obtained from the ANC; and also about sources of information during pregnancy and the level of importance attributed by pregnant women. Regarding the degree of satisfaction, four questions were presented that assessed the degree of general satisfaction, satisfaction with the strategies, time spent by the HP in this activity, and also regarding the content covered. These questions allowed the pregnant woman to position herself her degree of satisfaction through a Likert scale with 5-item (completely dissatisfied...completely satisfied). Anonymity and confidentiality of information was guaranteed, and informed consent was requested. In the treatment and analysis of the data, the SPSS27 was used and the descriptive and inferential analysis was performed using correlation tests (Pearson; Spearman); with 95% confidence interval; p values ≤ 0.05 .

RESULTS: The sample consists of 77 pregnant with a mean age - 31.35 years (Mx:39-Mn:19); 80.4% higher education and 5.2% with academic qualification between 5th-9th grade; on average they had 0.31 children, with 77.9% were primigravidae, 13% primiparous and 9.1% had two children.

On average they attended 9.18 appointments during pregnancy (Mn:4-Mx:12); in the 3T, they had an average of 2.7 consultations (Mn:1-Mx:4), and 48.1% had performed 4 consultations since the 28th week of gestation. 46.8% are between 28-32 weeks of gestation, 19.4% between 33-36 weeks and 33.8% are 37-40 weeks of gestation (Mn:28-Mx:40).

All women received PNC, 31.2% in public services and 58.4% made consultations in the public and private system. 57.9% had a low-risk pregnancy and 71.4% attended antenatal classes, 32.5% in public services and 24.7% in public and private services. 53.3% of women expressed being globally satisfied with the health-promoting practices in the ANC; 51.9% were satisfied with the strategies, 50.6% were dissatisfied with the time spent in these practices and with the content covered.

The indicator "degree of overall satisfaction" showed very strong and positive correlations with the other indicators: strategies($r=0.946$; $p \leq 0.001$), contents($r=0.939$; $p \leq 0.001$) time spent($r=0.899$; $p \leq 0.001$).

Regarding the main sources of information, in descending order, they were: obstetrician (OB) ($X=5.94$), nurse midwife (NM) ($X=5.56$), family physician (FP) ($X=5.29$), family nurse (FN) ($X=3.99$).

Regarding the value attributed to the sources of information, the women reported, in descending order: OB($X=6.97$), NM($X=6.44$), FP($X=5.32$), FN($X=4.83$).

The degree of satisfaction, in general, was correlated with the sources of information (FN- $r=0.379$; NM- $r=0.371$; FP- $r=0.441$; OB- $r=0.264$; $p \leq 0.001$); with the importance given to HP (FN- $r=0.330$; NM- $r=0.341$; FP- $r=0.399$; OB- $r=0.413$; $p \leq 0.001$).

The satisfaction with the strategy was correlated with: age($r=0.236$; $p=0.03$), n° 3T appointments($r=0.222$; $p=0.05$), n° total appointments($r=0.246$; $p=0.03$), sources of information: FN($r=0.409$; $p \leq 0.001$); NM($r=0.400$; $p \leq 0.001$); FP($r=0.476$; $p \leq 0.001$); OB($r=0.229$; $p=0.004$), importance attributed to HP: FN($r=0.297$; $p=0.01$); NM($r=0.287$; $p=0.01$); FP($r=0.333$; $p=0.003$); OB($r=0.375$; $p \leq 0.001$).

The satisfaction with the time spent was correlated with: age($r=0.320$; $p=0.005$), risk of pregnancy level($r=0.245$; $p=0.032$), n° total appointments($r=0.410$; $p \leq 0.001$), n° 3T appointments($r=0.275$; $p=0.015$), sources of information: FN($r=0.430$; $p \leq 0.001$); NM($r=0.442$; $p \leq 0.001$); FP($r=0.457$; $p \leq 0.001$); OB($r=0.232$; $p=0.043$); HP importance: FN($r=0.284$; $p=0.013$); NM($r=0.371$; $p \leq 0.001$); FP($r=0.375$; $p \leq 0.001$); OB($r=0.452$; $p \leq 0.001$).

The satisfaction with the content was correlated with: age($r=0.285$; $p=0.012$), n° total appointments($r=0.287$; $p=0.01$), sources of information: FN($r=0.371$; $p \leq 0.001$); NM($r=0.331$; $p=0.003$); FP($r=0.407$; $p \leq 0.001$); OB($r=0.229$; $p=0.045$), HP importance: FN($r=0.288$; $p=0.012$); NM($r=0.362$; $p \leq 0.001$); FP($r=0.378$; $p \leq 0.001$); OB($r=0.431$; $p \leq 0.001$).

In short, the n° of appointments in the 3T and the n.º of appointments in pregnancy, the risk of pregnancy, the n° of weeks in pregnancy and, mainly, the importance given to different HP (OB, FP, NM, FN) and the use of these professionals as the main source of information, revealed moderate and positive correlations with the satisfaction degree of pregnant women in relation to the

information obtained in the ANC.

DISCUSSION AND IMPLICATIONS FOR PRACTICE: In prenatal care, health promotion activities are essential to improve quality of life and save lives³, with repercussions on community health¹¹.

Women more satisfied with health-promoting practices probably adopt healthier behaviors¹².

The importance assigned to HP and sources of information seem to be important factors in the construction of perception of the degree of satisfaction of women, regarding with educational practices promoting by PNC and may be associated with cultural aspects about the social valorization attributed to the professions.

Queiroz (2021) states that the quality of care has an impact on the quality of health because it contributes to the reduction of maternal and child morbidity and mortality rates, considering that the nurse play a decisive role in the care provided. Al-Ateeq & Al-Rusaies (2015) report that women usually obtained more information from the doctor or nurse. Also in this study, the nurse midwife and the obstetrician were the most valued by pregnant women.

In this study, the number of the appointments was one of the factors positively correlated with the degree of satisfaction, which is in line with the literature consulted. Santos (2010) states reports that prenatal education is positively influenced by the number of consultations, suggesting that this resource increases the quality and quantity of information. However, although in the country there has been, in the last decade, an increase in the offer of PNC services, partly due to the results of this study, since the majority of pregnant women have used PNC in the public and private sectors simultaneously, the percentage of women with the degree of a positive satisfaction doesn't seem to match this offer. On the other hand, we found that most of our sample had a level of educational qualifications of higher education which can contribute to a higher expectation, thus conditioning these women's degree of satisfaction.

The degree of satisfaction, in general, was very strongly correlated with the degree of satisfaction with the strategies and with the contents, which suggests an increased need for attention, from health professionals, when selecting and adapting these aspects to include in the planning of educational practices that promote health, emphasizing that the majority of pregnant women revealed dissatisfaction with the content addressed with the time spent by the HP with these activities. Also for Vural (2014), the deepening of communication skills of HP was considered as an aspect to meet to increase the level of customer satisfaction.

We believe that pregnant women need to obtain consistent and specific information from qualified PS to improve the use of available health resources, and to attend educational programs according to their individualized needs to increase their health knowledge. The health professionals have a decisive role in the management and adequacy of this information/guidance in order to ensure the quality of care, an informed decision-making by pregnant women/couples, thus increasing their satisfaction with the use of prenatal care health services.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1Bergh A-M (2021) Effective Health Promotion and Health Education. Elements of Professional Care and Support Before, During and After Pregnancy.(3), The Continuous Textbook of Women's Medicine Series–Obstetrics Module
- 2Queiroz K et al. (2021) Fatores associados à qualidade da assistência de enfermagem durante o pré-natal: um referencial teórico. In Enfermagem desafios e perspectivas para a integralidade do cuidado.14:180-9
- 3World Health Organization (‎2016)‎ WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: executive summary.
- 4Sardo D, Pinheiro A (2020) Health promotion in the antenatal care: comparative study of satisfaction and needs between mothers and fathers. Book of abstracts 24th International Nursing Research Conference. Instituto de Salud Carlos III Unidad de Investigación en Cuidados de salud
- 5Al-Ateeq M, Al-Rusaies A, Al-Dughaiter A (2013) Perceptions and effects of antenatal education. Saudi medical journal.34(12):1287–93

- 6Monteiro B et al (2020) A atenção à saúde no contexto do pré-natal e parto na ótica da puérpera. Rev. Bras. Enferm. 73(4)
- 7Kassaw A, Debie A, Geberu D (2020) Quality of Prenatal Care and Associated Factors among Pregnant Women at Public Health Facilities of Wogera District, Northwest Ethiopia. Journal of Pregnancy.(20)
- 8Omar M, Schiffman R, Bingham C (2001) Development and testing of the Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care Instrument. Research in Nursing & Health.24(3):218-29
- 9Al-Ateeq M, Al-Rusaies A (2015) Health education during antenatal care: the need for more. International journal of women's health.7:239-42
- 10Vural F et al (2014) Patient satisfaction with outpatient health care services: evaluation of the components of this service using regression analysis. Northern clinics of Istanbul.1(2):71-7
- 11Pinheiro A, Sardo D (2021) Práticas promotoras de saúde na assistência pré-natal: um estudo sobre as necessidades atuais. Revista Enfermagem Referência, S(5),6(sp.)
- 12Miranda E, Silva A, Mandú E (2018) Abordagem de necessidades de saúde pelo enfermeiro na consulta pré-natal. R. pesq. cuid. fundam.10(2):524-33
- 13Santos A, Radovanovic C, Marcon S (2010) Assistência Pré-Natal: Satisfação e Expectativas. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.11:61-71

AUTORES/AUTHORS:

BELINDA BASILIO, SONIA HIDALGO, PILAR ALFAGEME, ADELA GÓMEZ, VICTOR MANUEL JIMÉNEZ, JUAN FÁBREGAT, VALLE RAMÍREZ, M.ZORAIDA CLAVIJO

TÍTULO/TITLE:

Proyecto de formación a profesionales en prevención y tratamiento de lesiones en personas con Diabetes Mellitus tipo 2.

Objetivos

- Analizar la existencia de cambios en el nivel de conocimiento y habilidades en cuanto a exploración del pie de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2).
- Evaluar el grado de satisfacción de los participantes en el proyecto.
- Evaluar la implementación de la intervención a los 12 meses.

Material y Método

Diseño de estudio:

Se realizó estudio cuasi- experimental, con un grupo de intervención.

Población Diana:

Población Diana: enfermeras de la zona básica de salud de Plasencia.

La muestra de profesionales se realizó mediante muestreo de conveniencia y constó de 37 enfermeras comunitarias de un total de 41. De los 37, se excluyen a 17 sujetos, por no terminar la intervención.

Intervención y herramientas de recogida de datos:

Se crearon dos grupos a los que se les impartió un taller de formación, dirigido por cuatro enfermeros-podólogos, centrándose en la prevención y tratamiento de las personas con DMT2, impartiendo formación tanto en educación terapéutica como en exploración del pie de riesgo. La duración fue de 5 horas.

Antes de comenzar el taller de exploración del pie, se realiza una breve exposición en formato comunicación, mediante apoyo con material audiovisual, en la que se explica la historia clínica el cribado del riesgo de ulceración del pie de las personas con DMT2, acogiéndonos a los criterios que marca la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2021). Aportando a cada participante este material impreso, así como un registro de recogida de datos clínicos (Historia Clínica: HC) , que incluyó datos sociodemográficos, morfología del pie, biomecánica del pie, signos y síntomas clínicos, inspección y palpación del pie, estado de la piel, tipo de calzado, además de recogida de datos mediante escalas de Boulton (2006), para el diagnóstico de neuropatía y el cuestionario de Edimburgo (Pita-Fernández, et al., 2017) y test de relleno capilar, para determinar la orientación diagnóstica de enfermedad vascular periférica junto con registro del índice tobillo/brazo. Todo ello para determinar el riesgo de padecer pie diabético y hacer un buen cribado de las lesiones por parte de los participantes en el proyecto. Tras exposición en aula, y una demostración de la exploración mediante monofilamento, martillo de reflejos, diapasón, pin prick y doppler, y mostrar cómo rellenar la HC, se enseñan ejemplos de casos clínicos y la emisión de un diagnóstico del riesgo de padecer pie diabético. Tras la demostración, cada participante exploró a un compañero y rellenó la historia clínica, para aprender su manejo.

Se recogieron los datos sociodemográficos, edad, sexo y años de asistencia clínica.

En cuanto a la evaluación del conocimiento y habilidades de técnicas exploratorias del pie, se hizo mediante una ficha de valoración de elaboración propia, en la que recogíamos las técnicas exploratorias citadas previamente, que valoramos con apto o no apto.

Cuestionario para evaluar el grado de satisfacción con la formación recibida, de elaboración propia: como no satisfactoria, satisfactoria o muy satisfactoria.

Se contactó con un técnico de salud, para recoger los datos registrados referidos a exploraciones de pie de riesgo, y se contactó con los enfermeros que habían terminado la intervención.

Crterios éticos

Para la realización de este estudio se siguió el procedimiento siguiente:

Este proyecto se enmarcó dentro de un convenio de colaboración del SES con el Colegio Oficial de Podólogos de Extremadura, una de las obligaciones del SES fue "promover la realización de acciones formativas para las enfermeras de los EAP (Equipos de Atención Primaria) sobre la atención al pie diabético". La formación se propuso obligatoria para todo el personal de enfermería del SES, siendo voluntaria la participación activa en la intervención. La financiación del proyecto de formación la sufragó el SES. Los formadores eran profesores de la Escuela de Ciencias de la Salud de Extremadura.

Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos se ha realizado con ayuda del programa informático Microsoft Excel y SPSS Statistics 22, calculándose la distribución de frecuencias para variables cualitativas, la media y la distribución estándar para las variables cuantitativas. Utilizándose para el cálculo de diferencias significativas estadísticamente ($p < 0,05$).

Resultados

La muestra estuvo compuesta de un 75.6% de enfermeras. Edad media fue de: 53 (sd=3,58). Años de asistencia media: 32 (sd=2,35).

El 100% de la muestra obtuvo un apto en la exploración del pie.

El grado de satisfacción con la intervención fue muy satisfactoria en el 100% de los casos.

La media de exploraciones anuales a personas con DMT2, fue de $7,88 \pm (2,95)$ personas.

Discusión:

Con la intervención realizada se consiguió el aumento del nivel de conocimientos y habilidades de las enfermeras del área de salud de Plasencia en prevención y manejo del pie diabético en personas con DMT2.

La participación de profesionales de enfermería en los talleres de formación fue elevada debido a su obligatoriedad. Aun así de los 41 profesionales de enfermería en la zona de salud, 37 hacen hicieron la formación y 20 participaron activamente en la actividad formativa, disminuyendo la cantidad de datos recogidos.

La mayor dificultad la encontraron en el manejo del doppler bidireccional, y medición de índice tobillo- brazo, por ser una técnica compleja y que requiere un proceso de aprendizaje.

En cuanto al número de media de exploración podológica que el personal de enfermería adscrito al proyecto lleva a cabo en los centros de salud, fue de $7,92 \pm 2,95$ exploraciones anuales. Si consultamos los último estándares de calidad de la ADA, las últimas recomendaciones hacen referencia a la importancia al menos de hacer una inspección del pie a los pacientes con diabetes, en cada visita, y exploraciones del pie, dependiendo del riesgo de cada usuario (ADA, 2021).

Según protocolo de Cartera de Servicios del SES vigente en el momento del estudio, las exploraciones deben ser en el momento de diagnóstico y anualmente dependiendo del riesgo, al menos explorar el pie en estática y dinámica, explorar pulsos pedios y tibial posterior y finalmente exploración de sensibilidad (Dorado, 2007).

Este dato nos hace pensar en la necesidad de un equipo multidisciplinar, con un podólogo que trabaje desde la atención primaria de salud a la hospitalaria, para realizar una atención podológica y de calidad. Diversos estudios nos hablan de la importancia de la prevención, y nos dan la clave de cómo prevenir. Para prevenir las lesiones contamos con dos estrategias fundamentales: por un lado, la educación a pacientes en el conocimiento de la enfermedad y autocuidados del pie, y por otro, la valoración del riesgo de sufrir pie diabético (IWGDF, 2011; ADA, 2021).

El podólogo es una pieza esencial en el cuidado del pie de las personas con DM, dentro del equipo multidisciplinar, no solo para explorar el pie y advertir del riesgo de ulceración, sino más bien como expresa Mukunda, por la necesidad del podólogo para tratar deformidades y descargar zonas de presiones (Mukunda, 2015).

En general la formación a profesionales se ha considerado un pilar básico para la prevención de lesiones. La realización de screening podológicos es esencial para estratificar el riesgo y establecer programas de prevención que junto con la educación redunden en el paciente, el ahorro en la Administración y por ende en la sociedad; este fue el principal motivo de realizar formación a profesionales. Siguiendo con la importancia del personal para realizar pruebas de screening, las recomendaciones de la guía NICE sugieren realizar el cribado basándose en un ensayo clínico (McCabe, Stevenson, & Dolan, 1998) sobre un programa de cribado y protección del pie diabético realizado en 2001 a pacientes ambulatorios con DM 2, que identificó 192 pacientes de alto riesgo. Estos fueron aleatorizados para recibir un programa de intervención frente a cuidados habituales.

Este es uno de los motivos por los que creemos necesaria la figura del profesional sanitario que desempeñe en su labor asistencial la importante tarea de realizar screenings podológicos, según las recomendaciones de la ADA, asumiendo los estándares de calidad (ADA, 2021).

Los resultados una investigación publicada en 2013, en la que hay autores que aseguran que con programas de prevención estructurada las amputaciones de miembros inferiores en las personas con DM se pueden prevenir (Iraj, Khorvash, Ebneshahidi & Askari, 2013).

Consideramos que los profesionales de enfermería que recibieron la formación completa consiguieron aumentar sus conocimientos y habilidades en la prevención y tratamiento del pie diabético de riesgo, sin embargo implementan los conocimientos y habilidades por debajo de los estándares de calidad. El tiempo es el factor que no les permite realizar todas las exploraciones. En este sentido es necesario retomar y reforzar la implementación de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

American Diabetes Association (2021). Summary of Revisions: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 44(Supplement 1): S4-S6. <https://doi.org/10.2337/dc21-Srev>

Boulton, A. J. M., Cavanagh, P. R., & Rayman, G. (eds.). (2006). *The foot in diabetes* (4.^a ed.). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Dorado, M. J. J. (2007). *Cartera de Servicios del Sistema Extremeño de Salud. Atención Primaria. Volumen I. Atención al individuo y familia*. Mérida: Junta de Extremadura.

Iraj, B., Khorvash, F., Ebneshahidi, A., & Askari, G. (2013). Prevention of Diabetic Foot Ulcer. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(3). www.ijpm.in

IWGDF. The International Working Group on the Diabetic Foot. (2011). International Consensus on the Diabetic Foot & Practical Guidelines on the Management and Prevention of the Diabetic Foot. *Diabetes Metabolism Research and Review*, 28 (1): 225-231.

McCabe, C.J., Stevenson, R.C. & Dolan, A.M. (1998). Evaluation of a diabetic foot screening and protection programme. *Diabetic Medicine*, 15(1):80-4. doi: 10.1002/(SICI)1096-9136(199801)15:1<80::AID-DIA517>3.0.CO;2-K . PMID: 9472868.

Mukunda, S. (2015). Diabetic Foot Ulcers: Pathogenesis and Prevention. *Clinical Correlations*. The NYU Langone Online Journal of Medicine. Recuperado de: <http://www.clinicalcorrelations.org/?p=8387>

National Institute for Health and Care Excellence (UK). (2015). Type 2 diabetes in adults: management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK). PMID: 26741015.

Pita-Fernández, S., Modroño-Freire, M. J., Pértega-Díaz, S., Herrera-Díaz, L., Seoane-Pillado, T., Paz-Solís, A., & Varela Modroño, J. L. (2017). Validez del cuestionario de Edimburgo para el diagnóstico de arteriopatía periférica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 64(9), 471–479. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2017.06.005>

AUTORES/AUTHORS:

Beatriz Pedreira García, Marta Salas Cortegoso, Teodoro Gonzalez Perez, Carlos Enrique Martinez

TÍTULO/TITLE:

Cuidados de pie diabético en población pediátrica desde atención primaria.

Objetivo.

Implementación del programa de "Valoración de riesgo de pie diabético" en menores de 15 años en la consulta de atención primaria.

Material y método.

Estudio descriptivo transversal del nivel de riesgo de pie diabético en la población pediátrica menor de 15 años con DM 1 pertenecientes a 3 Zonas Básicas de Salud (ZBS).

Los datos se obtuvieron a través del gestor de pacientes del programa informático que da soporte técnico a las historias clínicas de los pacientes de atención primaria. Se obtuvo el listado de pacientes con DM1 de todos los cupos de pediatría de estas ZBS y se le ofertó al 100% de esta población.

Las variables recogidas fueron fecha de nacimiento, sexo, edad, fecha de debut de la enfermedad y existencia de cribados previos de pie diabético hasta finales de 2020.

La exploración fue llevada a cabo por dos enfermeras residentes de la especialidad Familiar y Comunitaria, que previamente habían recibido formación específica para dicha valoración, incluyendo habilidades en el manejo del monofilamento de Semmes-Weinstein, diapasón de Rydel-Seiffer y ecografía doppler.

Se realizó la valoración del nivel de riesgo de acuerdo al programa "Pie diabético" de la historia clínica, pudiendo finalizar con una puntuación objetiva del cribado, e informando al paciente y/o familiares mediante "Educación Terapéutica".

Los ítems que incluyeron la exploración fueron: sintomatología relacionada con neuropatía, inspección de los pies, valoración con monofilamento y diapasón, y por último el Índice tobillo-brazo.

Resultados.

Se localizó al 100% de la muestra (14 pacientes con DM1 en las 3 ZBS).

El 78.54 % de la población total (11 pacientes) acudió a la cita y fue valorada (63.63 % niñas y 36.36 % niños).

Evolución de la enfermedad: menos de 5 años 54.54 % y más de 5 años 45.45 %.

Valoración previa y determinación del nivel de riesgo de pie diabético: 0 % de los casos.

Riesgo bajo de pie diabético en el 100% de los casos.

Los valores HbA1c indican control metabólico adecuado en 54.54 % (HbA1c inferior a 7%), control metabólico aceptable en 36.36 % (HbA1c entre 7 y <= 8%) y mal control metabólico en 9.09 % (HbA1c > 8%).

Conclusión y discusión.

Los resultados obtenidos en la muestra determinan una población de "Bajo riesgo" en el 100% de los casos con buenos controles metabólicos en el 54.54% de los casos.

Aunque a priori era previsible no encontrar alteraciones a nivel vascular o neuropático a estas edades, consideramos que es

importante este cribado precoz para que tanto el niño como los familiares se conciencien de la importancia del cuidado de la diabetes y los pies.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía:

(1) Acipcanarias.org. Asociación Canaria para Investigación Pediátrica [Internet]. Las Palmas de Gran Canaria: acipcanarias.org; 2017 [acceso 21 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.acipcanarias.org/>

(2) Adigran.org. Asociación para la diabetes en Gran Canaria [Internet]. Las Palmas de Gran Canaria: adigran.org; 2018 [acceso 21 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.adigran.org/>

(3) gobiernodecanarias.org. Guía de actuación Pie diabético en Canarias [Internet]. Santa Cruz de Tenerife: gobiernodecanarias.org; [acceso 21 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/81a29c98-d053-11e7-836b-953b40afb30b/GuiaPieDiabetico.pdf>.

Mesa 20: Envejecimiento y fragilidad

Session 20: Aging and fragility

AUTORES/AUTHORS:

Sonsoles Gutiérrez-Cáceres, Pilar Serrano-Gallardo, Azucena Pedraz-Marcos

TÍTULO/TITLE:

ENVEJECIMIENTO, CRONICIDAD Y ESTIGMA EN LOS TRATAMIENTOS CON METADONA

Objetivo

El objetivo fue explorar la experiencia vital de las personas que llevan más de una década en tratamiento con metadona, para averiguar la influencia de este en su vida y descubrir su percepción de un tratamiento crónico a medida que envejecen, con una mirada hacia el futuro y desde un enfoque de género.

Método

Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas desde una perspectiva fenomenológica en las ciudades de Madrid y Barcelona. Los criterios de inclusión fueron tener más de 50 años y llevar tomando metadona solución oral de forma continua 10 años o más. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas verbatim. Se llevó a cabo un análisis temático: tras lecturas repetidas, se identificaron temas y subtemas, que fueron refinados tras su discusión con los investigadores.

Resultados

Se realizaron 23 entrevistas. El perfil de los entrevistados fue, en su mayoría, de hombres de origen español, cuya media de edad fue de 59 años, con una alta prevalencia de enfermedades crónicas. La media de años en tratamiento fue de 17 años.

Se encontraron tres grandes temas:

- 1) La metadona como salvación: La metadona les permitió llevar una vida alejados de la delincuencia y los problemas que conllevaba el consumo de heroína, permitiéndoles retomar actividades laborales y familiares.
- 2) La metadona como generadora de estigma: La relación de la metadona con la drogadicción hace que se sientan estigmatizados y no tratados como otros enfermos crónicos, haciendo que oculten su tratamiento. También las dificultades generadas por la presentación de esta medicación en un bote de toma diaria y la dificultad para adquirirla en farmacias.
- 3) La metadona y el envejecimiento: La metadona les ha permitido llegar a superar la barrera de los 50 años, pero también ha hecho evidente un envejecimiento prematuro, fruto de otras comorbilidades. En este contexto, la metadona se ha convertido en un tratamiento crónico más.

En el análisis con perspectiva de género, encontramos que los inicios en el consumo de las mujeres diferían de los hombres estando más relacionados con una pareja. Con un estigma mucho mayor que los hombres ya que está condicionado con el no cumplimiento de su rol de género. Y con una mayor falta de apoyos personales y sociales y, por tanto, una mayor soledad.

Discusión

La eficacia de los tratamientos con metadona es indiscutible (1,2). Además de ayudar a abandonar el consumo de heroína y los hábitos no saludables asociados a este, permitió a las personas en tratamiento retomar una vida normalizada tanto en el ámbito familiar como laboral (3–5).

Pero estos tratamientos no son considerados como una medicación crónica más, debido al estigma que sufren ya que los relaciona con la drogadicción. Tanto la propia metadona como las personas que la toman son tratados de forma diferente a otras medicaciones y enfermos crónicos. Lo que hace que se avergüencen y lo oculten (6,7).

Con la reducción de las muertes por sobredosis y SIDA, la esperanza de vida de estas personas aumentó, por lo que han ido envejeciendo de forma precoz, con una alta frecuencia de comorbilidades tanto de enfermedades físicas como psiquiátricas (8,9).

Las mujeres difieren de los hombres sobre todo en los motivos de inicio de consumo, estando relacionado con violencia o afectos. Siendo mas vulnerables al estigma por su pérdida de rol de género y con menor respaldo familiar (10,11).

Normalizar la vida de estas personas implica empoderarlas dentro de la sociedad. Existe desinformación del tratamiento, tanto a nivel de los usuarios, a los que se les deberá explicar su enfermedad lo que hará que aumente su aceptación; como a nivel social, empezando por una adecuada formación del personal sanitario para obtener una disminución de estigma relacionado con la adicción.

Además de combatir el estigma de la metadona para normalizar esta medicación, se deberá valorar ampliar la oferta de tratamientos menos estigmatizados como las presentaciones en pastillas o las opciones depot.

Los resultados de la investigación podrían ser relevantes para el planteamiento de nuevas iniciativas en la mejora del tratamiento de la población de estudio, así como la posibilidad del abordaje coordinado desde las diferentes áreas sociosanitarias, como la geriatría o los programas de atención a pacientes crónicos. También como material para la formación de los profesionales que trabajan con esta población.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Pedrero-Pérez EJ, MethaQoL G. Calidad de vida en pacientes tratados con metadona: el WHOQOL-BREF, estudio psicométrico y resultados de aplicación. *An Psicol.* 2018;34(2):251-7.
2. Strada L, Schmidt CS, Rosenkranz M, Verthein U, Scherbaum N, Reimer J, et al. Factors associated with health-related quality of life in a large national sample of patients receiving opioid substitution treatment in Germany: A cross-sectional study. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* diciembre de 2019;14(1):2.
3. Amini-Rarani M, Khedmati Morasae E, Pashaei T, Moeeni M. Redemption from plight: a qualitative study on reasons behind treatment decisions among Iranian male opioid users. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 8 de agosto de 2020;15(1):57.
4. Carrera I, Sanchez L, Sabater E, Pereiro C, Florez G, Conde M, et al. Study on users' perception of agonist opioid treatment in the Galician network of drug addiction. *Heroin Addict Relat Clin Probl.* 1 de junio de 2016;18:5-8.
5. Banazadeh N, Kheradmand A, Abedi H. Opiate Dependents' Experiences of the Therapeutic Relationship in Methadone Centers; A Qualitative Study. *Addict Health.* 2019;1(1):12-8.
6. Hightower L. A phenomenological study of Methadone Treatment by opiate-dependent individuals ages 50-55 years [Dissertations & Theses]. Walden University; 2016.
7. Woo J, Bhalerao A, Bawor M, Bhatt M, Dennis B, Mouravska N, et al. "Don't judge a book by its cover": a qualitative study of methadone patients' experiences of stigma. *Subst Abuse Res Treat.* 2017;11:1178221816685087.
8. Bachi K, Sierra S, Volkow ND, Goldstein RZ, Alia-Klein N. Is biological aging accelerated in drug addiction? *Curr Opin Behav Sci.* febrero de 2017;13:34-9.
9. Krawczyk N, Feder KA, Saloner B, Crum RM, Kealhofer M, Mojtabei R. The association of psychiatric comorbidity with treatment completion among clients admitted to substance use treatment programs in a U.S. national sample. *Drug Alcohol Depend.* junio de 2017;175:157-63.
10. Stone R, Campbell JK, Kinney D, Rothman EF. "He would take my shoes and all the baby's warm winter gear so we couldn't leave": barriers to safety and recovery experienced by a sample of Vermont women with partner violence and Opioid Use Disorder experiences. *J Rural Health.* 2020;0:1-10.
11. Tuchman E. Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *J Addict Dis.* 16 de abril de 2010;29(2):127-38.

AUTORES/AUTHORS:

María Jesús Vicente-Galán, Eulàlia Grifol-Clar, María Teresa González-Gil

TÍTULO/TITLE:

Calidad de vida en adultos mayores con insuficiencia cardiaca: la familia en el proceso de cronicidad

Objetivos

Explorar los significados de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) a lo largo de la trayectoria de dolencia crónica en familias de personas mayores de 65 años con insuficiencia cardiaca (IC).

Explorar cuál es la relación que manifiestan entre calidad de vida y el rol de personas cuidadoras.

Conocer la relación de los Determinantes Sociales de la Salud en la CVRS de estas personas y su entorno.

Métodos

Estudio original secundario: revisión sistemática (RS) de estudios cualitativos. Los participantes son personas mayores de 65 años con insuficiencia cardiaca crónica (ICC) y familias, en cualquier estadio de la dolencia crónica excepto en situación terminal o cuidados paliativos.

Bases de datos consultadas: Pubmed/Medline, Psycinfo, Embase, Cinahl, Cuiden, Teseo, Dart-Europe, TDR-tesis doctorales en red, OATD- open access thesis and dissertations, Red de Repositorios Latinoamericanos, Dialnet y bibliotecas digitales: Biblioteca Virtual de Salud de América Latina y Caribe y Cochrane Library. Idiomas: inglés, español, francés y portugués. Estudios publicados entre 2015 y 2020.

La pregunta de indagación se planteó bajo la estrategia PerSPECTiF: perspectiva de la CVRS de mayores de 65 años con ICC y sus familias en el ámbito de la IC (atención hospitalaria, consultas con enfermera de prácticas avanzadas, atención primaria, domicilio y residencias institucionalizadas). La influencia de la ICC en la CVRS y en el autocuidado, desde el debut hasta declive de la enfermedad, así como las vivencias, experiencias y percepciones.

La selección y cribado por calidad se evaluó de forma independiente por dos investigadoras. Para los criterios de calidad, se eligieron los propuestos por Lincoln & Guba reinterpretados por Luciani. La calidad se evaluó haciendo uso de herramientas para la lectura crítica: las elaboradas por Grupo Cochrane, Instituto Joanna Briggs, Critical Appraisal Skills Programme (CASPE), Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) y Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). En revisiones sistemáticas la propuesta de Tong (ENTREQ).

Se elaboró una rúbrica dando contenido a cada uno de los indicadores de calidad en función de los niveles de credibilidad (alta, moderada y baja). Se excluyeron los estudios considerados de calidad baja. El análisis de los datos se realizó según la propuesta de Sandelowski y Barroso. Se utilizó la plantilla JBI-QARI para organizar el metasumario. Posteriormente, se realizó una síntesis temática o metasíntesis de los hallazgos según muestran Thomas y Harden. Este trabajo cumple con las condiciones éticas y de validez y calidad (credibilidad, fiabilidad, transferibilidad y confirmabilidad).

Resultados

“La familia como barrera”: la hipervigilancia de las pautas de cuidado y el exceso de control de los signos de alarma de los familiares a los que cuidan desarrollan conductas de abandono y evitación en autocuidado por parte de las personas que padecen ICC.

“La familia como motivadora de autocuidado”: principalmente los miembros jóvenes actúan como animadores al autocuidado. Ser alguien para otros es la mayor motivación por parte de los pacientes con esta dolencia. El cuidado en la edad avanzada se naturaliza como parte de la vejez.

“La trayectoria vital de la familia”: Existen dos trayectorias, una convergente y otra divergente respecto a la trayectoria de enfermedad y la que viven los pacientes con IC. La trayectoria converge en períodos de reagudizaciones, en debut y en el declive

fundamentalmente. Lo que caracteriza a esta trayectoria es el apoyo en autocuidado, la relación con los pares vehiculizada por la ayuda en el establecimiento del rol de cuidador y ser actores del proceso junto a los proveedores de salud. La trayectoria divergente se da cuando no existe conciliación entre su rol de cuidadores, la vida propia y las actividades de la vida diaria.

“La carga bidireccional”: los pacientes reconocen ser una carga para la familia y esto actúa como motivador al autocuidado para intentar aliviarla. Las familias sienten la sobrecarga del rol del cuidador cuando son invisibilizados por parte de los proveedores de salud y cuando no existe conciliación de contexto sanitario en sus vidas.

“La salud de la familia”: El deterioro mental, emocional y físico, así como la soledad no deseada es una de las consecuencias del rol de cuidador, agravado por el contexto cultural y los roles atribuidos al género femenino.

“La seguridad del conocimiento y la formación”. Las fuentes de información son cuidadores ocultos, deben ser testados por los proveedores de salud. Así mismo conocer y estar informados sobre su nuevo rol ayuda a la adaptación a la nueva trayectoria vital.

“Red con los promotores de salud”. El equipo de cuidado ha de estar formado por paciente, familia y comunidad formando un equipo extenso de cuidado.

Discusión

Las familias intentan mantener y conseguir el equilibrio manejando la incertidumbre e intentando adaptarse a la nueva vida. En este aspecto coincidimos con Rosino y su aportación sobre el “modelo ABC-X de estrés y afrontamiento familiar” desarrollado por Reuben Hill. Consideramos a la IC como estresor. Además, lo relacionamos con lo que expone Mishel sobre la incertidumbre, que hace que la trayectoria de la enfermedad crónica no sea un proceso lineal. No alcanzar el equilibrio desencadena una pérdida de salud mental y física por parte de estos familiares y la soledad en el rol frustrado de cuidador lo cual está en línea con lo que exponen diferentes estudios. Las familias aumentarán su calidad de vida cuando consigan dominar los aspectos (salud, de cuidado y cognitivos) que conllevan esta nueva trayectoria y reformular su nueva identidad en cada etapa. Las cuidadoras son en gran parte mujeres y de edad avanzada. Esta situación también influye en el autocuidado como describen algunos estudios recientes sobre género e IC.

Limitaciones: La elaboración de una rúbrica propia en pro de la vigilancia exhaustiva sobre la calidad de los estudios puede ser una limitación, dado que ha de ser validada. Pero está construida en base a los estándares de calidad que se han probado en otras investigaciones. Respecto a la muestra, es de varios países y continentes, lo que a priori es una limitación para la generalización, pero también se ha conseguido llegar a lugares comunes de la experiencia vital de estas familias. En cuanto a la edad, al incluir en la mayoría de los estudios primarios a personas mayores de 18 años, la media de edad caía por debajo de 65, pero contemplamos siempre que fue posible porque estuvieran identificados, los códigos de primer nivel que incluyeran el dato de la edad.

Implicaciones para la práctica: Desde cada ámbito sanitario se ha de facilitar la coordinación asistencial que disminuya el impacto de las reagudizaciones y transiciones de cuidado en la vida diaria de nuestros pacientes, así como evitar la duplicidad de citas. Para ello, aconsejamos que la enfermera tome el papel relevante en la continuidad asistencial, gestión de caso y coordinadora de procesos en IC.

La insuficiencia cardiaca es una dolencia crónica con gran repercusión en la calidad de vida. Los momentos máximos de incertidumbre son el diagnóstico, las reagudizaciones, hospitalizaciones, transición de cuidados al domicilio y el declive hacia la muerte.

Cuando no se produce la conciliación del cuidado, la vida cotidiana y la propia, se pueden desarrollar problemas de salud mental como la depresión y la soledad no deseada.

La facilidad de acceso al ámbito sanitario mejora la calidad de vida. El contexto sociocultural incide en el autocuidado, en las relaciones familiares y en las creencias sobre la enfermedad. Dado que el rol de cuidador principal lo desempeñan fundamentalmente mujeres hay que contemplar los roles atribuidos culturalmente al género femenino.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Booth A, Noyes J, Flemming K, Moore G, Tunçalp Ö, Shakibazadeh E. Formulating questions to explore complex interventions within qualitative evidence synthesis. *BMJ Glob Heal*. 2019;4(Suppl 1):e001107.
- Gusdal AK, Josefsson K, Adolfsson ET, Martin L. Informal Caregivers' Experiences and Needs When Caring for a Relative With Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(4):E1–8.
- Hong Q, Pluye P, Faberges S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018. User guide. Montreal: McGill University; 2018.
- Lockwood C, Porrit K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, et al. JBI Manual for Evidence Synthesis. Aromataris E, Munn Z, editor. JBI. 2020.
- Luciani M, Campbell KA, Whitmore C, Di Mauro S, Jack SM. How to critically appraise a qualitative health research study. *Prof Inferm*. 2019;72(4):283–93.
- Mishel MH. Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *J Nurs Scholarsh*. 1990;22(4):256–262.
- Morales-Asencio JM, Martin-Santos FJ, Kaknani S, Morilla-Herrera JC, Cuevas Fernández-Gallego M, García-Mayor S, et al. Living with chronicity and complexity: Lessons for redesigning case management from patients' life stories - A qualitative study. *J Eval Clin Pract*. 2016;22(1):122–32.
- Rosino M. ABC-X Model of Family Stress and Coping. En: *Encyclopedia of Family Studies*. Nueva Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2016. p. 1–6.
- Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for synthesizing qualitative research*. Springer. New York; 2007.
- Surikova J, Payne A, Miller K-L, Ravaei A, Nolan RP. A cultural and gender-based approach to understanding patient adjustment to chronic heart failure. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):238–43.
- The Joanna Briggs Institute. Checklist for Qualitative Research: Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews. [Internet]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2017. 1–6 p. Disponible en: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8(45).
- Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol*. 2012;12:181.

AUTORES/AUTHORS:

Rosa María Mellado Tirado, Julián Peyrolón Jiménez, Silvia Martínez Mata, Irene Sicilia García, Lidia Luis Ravelo, María Jesús Rodríguez Socas

TÍTULO/TITLE:

AUDITORÍA EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN PRESTADA POR LA UNIDAD DE APOYO A CENTROS DE MAYORES Y DISCAPACIDAD DE TENERIFE

OBJETIVO: Transcurrido un año desde que opera la Unidad de Apoyo a Centros de Mayores y Discapacidad de Tenerife, se hace preciso determinar el grado de satisfacción de los directivos de los centros con la atención prestada por los miembros de la Unidad de Apoyo, ya que esto nos permite conocer los resultados obtenidos en relación a las demandas de nuestros usuarios, así como implementar planes de mejoras concretos.

MÉTODO: Estudio descriptivo transversal, del nivel de satisfacción de los directivos de los Centros Asistenciales de Mayores y Discapacidad con la asistencia prestada por nuestra Unidad de Apoyo. Existen múltiples cuestionarios validados relacionados con el grado de satisfacción en relación a la asistencia sanitaria tales como: SERVQHOS1, GCPC-UN-ESU2, CARE-Q3 o CUCACE4. Estos cuestionarios son aplicables a diversos ámbitos como la Atención Hospitalaria, Atención Primaria o las consultas externas, y se basan en el estudio de aspectos relacionados con dimensiones referidas a la calidad, y más en concreto a la calidad percibida. Habitualmente se centran sobre aspectos tales como la empatía, la sensibilidad, la capacidad de respuesta, la seguridad y la fiabilidad5.

También existe una lista de indicadores clave seleccionados de entre los miles de datos disponibles en las fuentes rutinarias que constituyen el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud y de fuentes de datos gestionadas por otros organismos oficiales como la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación6. De entre los indicadores que se consideran más relevantes para abordar la salud de los ciudadanos, el funcionamiento del sistema sanitario público y los factores que influyen en la salud, destacan 50 considerados como esenciales. Están clasificados en dominios y subdominios, de los cuales, los relacionados con la calidad son los siguientes: seguridad, referida a al proceso por el cual el sistema sanitario proporciona una atención y cuidados seguros al paciente, gestionando el riesgo, declarando, analizando y siguiendo los incidentes, e implantando soluciones para minimizar el riesgo de su ocurrencia. Efectividad, referida al grado en el que una intervención produce el resultado deseado. Accesibilidad, consistente en proporcionar al usuario diferentes vías de acceso al sistema sanitario, garantizando la respuesta en la atención, en plazos adecuados y evitando barreras. Pertinencia, que consiste en el grado en que los usuarios obtienen los cuidados que necesitan de acuerdo con la evidencia científica disponible y con la adecuada utilización de los recursos. Coordinación/continuidad como la coordinación en la atención global proporcionada al usuario. Esta dimensión también hace referencia a la necesidad de que los pacientes reciban una atención para su nivel de salud global y no solo para las diferentes condiciones de enfermedad que presentan. Para ello, una pieza clave es asegurar que toda la información relevante y necesaria para la toma de decisiones clínicas esté disponible para los proveedores y los pacientes, para garantizar su acceso y posterior aprovechamiento de manera autónoma. Opinión, basada en la atención centrada en el paciente, definida como la capacidad de establecer una adecuada relación con los usuarios, teniendo en cuenta sus necesidades y preferencias. Para valorar las dimensiones: seguridad, efectividad, accesibilidad, pertinencia, coordinación/continuidad y opinión, desarrollamos un cuestionario ad hoc tomando como marco teórico los indicadores claves del Sistema Nacional de Salud, de 32 preguntas de las que 2 eran abiertas y 30 cerradas con respuestas tipo Likert7. Las repuestas a las preguntas asignadas a las dimensiones: seguridad (preguntas 1 a 11), efectividad (preguntas 12 y 13), accesibilidad (preguntas 14 y 15), pertinencia (preguntas 16 y 17), y opinión (preguntas de

la 26 a la 32) fueron puntuadas con valores que oscilaron desde el 0 (ninguna influencia / totalmente insatisfactorio / totalmente inadecuada) hasta el 4 (mucha influencia / totalmente satisfactorio / totalmente adecuada). Las respuestas a las preguntas asignadas a la dimensión coordinación-continuidad (preguntas 18 y de la 20 a la 24), fueron puntuadas con valores que oscilaron desde el 0 (nunca) hasta el 3 (mucho). Las preguntas 19 y 25 fueron diseñadas como abiertas.

La validez aparente del cuestionario fue valorada por diez personas escogidas por conveniencia, quienes en una prueba piloto determinaron su comprensión, viabilidad y tiempo de realización; se sugirieron cambios en dos de los ítems para mejorar su interpretación, determinándose que el tiempo medio de cumplimentación del mismo era de 12 minutos aproximadamente. Posteriormente un grupo de tres expertos familiarizados con la recogida de datos mediante cuestionarios, determinaron por consenso su validez de contenido, constructo, predictiva, consistencia interna, fiabilidad y sensibilidad al cambio, empleando como marco conceptual las dimensiones que se pretendía analizar.

Se realizó un cálculo del tamaño muestral basado en una población atendida de 89 centros, con un nivel de confianza del 95%, precisión del 5% y proporción del 5% de insatisfechos estimada por sondeos, dando como resultado la necesidad de contar con una muestra de 40 centros. La selección final se obtuvo tras un proceso de aleatorización simple, utilizando un generador de números aleatorio. Procedimos a reclutar los centros seleccionados, entregándoles una clave de acceso a la plataforma online de formularios Google, para ir cumplimentando los cuestionarios al ritmo de sus posibilidades. El cuestionario estuvo disponible entre el 15 de abril y 15 de mayo de 2021. Los archivos con las respuestas individuales se encriptaron para salvaguardar la posibilidad de su acceso y preservar el anonimato de los participantes. La recogida de datos se produjo en el periodo comprendido entre el día 18 y 19 mayo 2021.

Todos los cálculos se realizaron con ayuda del paquete estadístico para el entorno operativo Windows NT Professional, SPSS 25.0TM de IBM Co®.

RESULTADOS: Acorde a la valoración cualitativa de las respuestas, en las dimensiones cuyas puntuaciones oscilan entre 0 y 4 (todas salvo coordinación/continuidad), hemos considerado como “plenamente satisfecho” a los valores que han puntuado $>3,49$ y como “no plenamente satisfecho” a los que han resultado $\leq 3,49$. En el caso de la dimensión coordinación/continuidad, “plenamente satisfecho” a valores ≥ 2 y como “no plenamente satisfecho” a puntuaciones < 2 . Como resultado, observamos que la muestra nos indica un “plenamente satisfecho” en el 90% de los casos para seguridad, 92,5% para efectividad, 90% para accesibilidad, 92,5% para pertinencia, 60,6% para coordinación/continuidad y 87,5% para opinión.

Bajo el supuesto de que la muestra es representativa de la opinión del conjunto de los Centros Sociosanitarios atendidos desde la Unidad de Apoyo de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, los intervalos de confianza a 95% indican los valores en los que oscilaría su grado de satisfacción, serían: para seguridad (80,5% 99,5%), efectividad (84,2% 99%), accesibilidad (80,5% 99,5%), pertinencia (84,2% 99%), coordinación/continuidad (45,2% 76,10%), opinión (77% 97,9%).

DISCUSIÓN: Consideramos que el nivel global de satisfacción fue alto salvo en la dimensión 5, donde medíamos el grado de satisfacción con una plataforma propia de información web, que organiza información actualizada destinada a los centros. Cabe destacar que 7 de los 40 encuestados no contestaron a las preguntas relativas a dicha dimensión, sospechamos que debido a la falta de interés o a que no llegaron a visitar la web, lo que nos hace reflexionar

sobre la necesidad de recabar más información sobre sus expectativas y/o potenciar su uso. Medir el grado de satisfacción con la atención recibida permite implementar correcciones y mejorar la asistencia. Una debilidad podría ser no haber determinado previamente las expectativas de los usuarios, por lo que futuras líneas de investigación deberían tener en cuenta dicho enfoque.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Barragán JA, Manrique-Abril FG. Validez y confiabilidad del SERVQHOS para enfermería en Bocayá, Colombia. Av Enferm. 2010; 28(2): 48-61.
2. Ramírez Olga Janeth Gómez, Carrillo Gloria Mabel, Cárdenas Diana Carolina. Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad crónica. Enferm global. [Internet]. 2016 Oct [citado 2021 Mayo 17]; 15(44): 321-330. Disponible en: <https://cutt.ly/tb3kYSZ>
3. Sepúlveda Carrillo GJ. Estudio piloto de la validación del cuestionario "Care-Q" en versión al español en población colombiana. Rev Colomb Enferm. 2009;4(1): 8-25.
4. Alonso R, Blanco-Ramos MA, Gayoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. Rev Calid Asist. 2005; 20(5): 246-250.
5. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. J Mark / J Retail. 1988; 64(1): 12-40.
6. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Indicadores clave del sistema nacional de Salud (INCLASNS. Versión 2). [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/>
7. Morales Vallejo P, Urosa Sanz B, Blanco Blanco A. Construcción de escalas de actitudes tipo Likert. Ed. La Muralla S.A.. Madrid. 2003.

Mesa 21: Cuidados materno infantiles

Session 21: Mother and child care

AUTORES/AUTHORS:

Cirila Cediel Altares , David Guadarrama Ortiz, Almudena Gonzalez Casado, Gloria Lapuente Jambina , Esperanza Morales García , Cristina Olmeda Ortiz, M^a Angeles Torres del Barrio, Judith Fontanet Gay , Magdalena Martinez Piedrola

TÍTULO/TITLE:

Impacto de las recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas en lactancia materna en un hospital universitario.

Introducción

Las guías de práctica clínica recogen un conjunto de recomendaciones basadas en la revisión sistemática de la evidencia. Su implementación tiene como objetivo mejorar la práctica clínica evitando la variabilidad en la asistencia sanitaria (1).

En 2017 el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) se postuló como candidato a Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. Una de las Guías de Buenas Prácticas (GBP) seleccionada fue la de Lactancia Materna (2,3). Este hecho vino potenciar el trabajo que estábamos desarrollando desde el año 2015 para acreditarnos en la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) (4)

Objetivos:

Analizar los resultados tras la implantación de las recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas (GBP) en lactancia materna propuestos por la RNAO (2,3), dentro del programa BPSO®, durante el periodo 2017-2020, en un hospital público de nivel 2.

Métodos:

Se analizaron los indicadores propuestos por la RNAO dentro del programa BPSO®. Los indicadores se obtienen de los datos introducidos tras la revisión pormenorizada de la historia clínica electrónica de las altas de obstetricia de los últimos 5 días hábiles de cada mes, con los siguientes criterios de inclusión: parto único, recién nacido (RN) sano, sin síndromes clínicos, a término, dado de alta con su madre. Estos datos se introducen en la plataforma CarEvid+ por el equipos de evaluadoras BPSO®. Se analiza su evolución desde la situación basal en 2017 hasta diciembre de 2020

Resultados:

El número total de historias evaluadas fue 384. Teniendo en cuenta el tipo de parto, el 81,72% nació mediante parto eutócico, el 11,49% por cesárea y 6,79% tras parto instrumental. El contacto piel -piel se realiza en el 94,74% de los RN, lo que ha supuesto un aumento de 16 puntos en el periodo evaluado. La evaluación postnatal de la lactancia se realiza al 93,93 % de las. La lactancia materna exclusiva en la primera toma representa el 91,45% en 2020 lo que supone un incremento de 28 puntos. Al alta, el 64,47% de los RN han sido alimentados con lactancia materna exclusiva desde su ingreso, suponiendo un aumento de 20 puntos desde 2017.

Discusión:

La implantación de GBP en el hospital ha supuesto un beneficio directo para las madres y recién nacidos, con impacto en los resultados en salud a corto y a largo plazo (5). Para los profesionales responsables de la atención directa a la diada madre- RN supone trabajar con el objetivo común de mejorar la calidad de los cuidados, con el apoyo de la amplia evidencia recogida en esta Guía Clínica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Emilio Casariego Vales; Carmen Costa Ribas. ¿Qué son y para qué sirven las guías de práctica clínica? Revisado el 25/9/20 disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/que-son-para-que-sirven-gpc/#34449>.
2. Versión española traducida de: Registered Nurses Association of Ontario (2003). Breastfeeding Best Practice Guidelines for Nurses. Toronto. Canada: Registered Nurses Association of Ontario.
3. Registered Nurses' Association of Ontario (asociación Profesional de enfermeras de Ontario). Breastfeeding-Promoting an Supporting the Initiation, Exclusivity and Continuation of Breastfeeding for Newborns, Infants and Young Children. 3rd ed. (Lactancia materna, fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la Continuación de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y Niños

pequeños. Tercera edición). Toronto, (ON): Registered Nurses' Association of Ontario, 2018 . Disponible en:

<https://rnao.ca/bpg/translations/lactancia-materna-guia-de-buenos-practicas-en-enfermeria>

4. UNICEF/World Health Organization. Baby-Friendly Hospital Initiative. The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative UNICEF, New York, United States (1992) disponible en :

<https://www.unicef.org/documents/baby-friendly-hospital-initiative>

5. Patricia Del Rio-Martínez, Maribel López-García, Cristina Nieto-Martínez, M^a Angeles Cabrera-Cabrera, F. David Harillo-Acevedo, Aurora Mengibar-Carrillo, María González-Gallego, M^a Ángeles Maestre-García. Application and evaluation of the best practice guideline: Breastfeeding: Enfermería Clínica (English Edition), Volume 30, Issue 3, May–June 2020, Pages 168-175 disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120302758?via%3Dihub>

AUTORES/AUTHORS:

María Inmaculada De Molina-Fernández, Carolina Vargas-Porras, Carme Ferré-Grau

TÍTULO/TITLE:

Mantenimiento de la lactancia materna en primerizas: ensayo controlado aleatorizado

Objetivo

Evaluar el mantenimiento de la lactancia materna en primerizas a los 4 meses postparto, posterior a un seguimiento de enfermería.

Métodos

Estudio anidado en un ensayo controlado aleatorizado doble ciego de grupos paralelos realizado en Colombia, en el año 2019 (1).

La muestra se calculó teniendo en cuenta una potencia del 85%, error tipo alfa del 5% y razón intervenido/control de 1:1. Participaron 66 madres asignadas aleatoriamente para el grupo intervención (seguimiento de enfermería y el cuidado habitual) y el grupo control (cuidado habitual). Se incluyeron primerizas sanas, que contaran con el apoyo de la pareja, con recién nacidos a término sanos. Se excluyeron menores a 18 años y con morbilidades.

Se utilizó un cuestionario validado de autodiligenciamiento. Para comparar las diferencias entre el grupo control e intervención se utilizaron pruebas de chi-cuadrado y exacto de Fisher. Se calculó el riesgo relativo y el IC 95%. Los datos se recolectaron en Excel. Los análisis estadísticos de los datos, se realizaron con el paquete estadístico 'R versión 3.4.

El grupo control fue el cuidado habitual que consiste en la educación a la madre sobre el cuidado del recién nacido y lactancia materna, el seguimiento institucional obstétrico y el seguimiento institucional del recién nacido. El grupo intervención tenía el cuidado habitual y el seguimiento postparto de enfermería que consistió en 4 visitas domiciliarias (90 minutos cada una) y 4 seguimientos telefónicos (15 minutos cada uno), durante los primeros 4 meses postparto. Las sesiones se enfocaron en empoderar a la primeriza, mediante el fortalecimiento de la confianza en su rol de madre y su capacidad para amamantar, en el fortalecimiento del vínculo afectivo mediante el reconocimiento de las señales de su bebé y cómo interactuar con él y en el fortalecimiento del apoyo social de su pareja y abuela del bebé.

En el seguimiento postparto de enfermería se utilizaron diferentes materiales audiovisuales y también una bitácora de actividades. En esta bitácora cada madre registraba su experiencia de la maternidad y expresaba libremente, lo que observó, qué aprendió, qué dudas tenía y cómo ponía en práctica lo aprendido en cada sesión educativa. Además, en la bitácora las madres podían expresar sus emociones, percepciones sobre la lactancia materna y cómo la experiencia de la lactancia materna es central en la maternidad.

Resultados

En relación a las características de las participantes, la media de edad materna fue de 25.9 años, la mayoría con unión libre, nivel educativo superior a secundaria y la principal ocupación fue el trabajo. En relación al método de alimentación del bebé a la semana postparto, tanto en el grupo intervención como en el grupo control, la mayoría tenía lactancia materna exclusiva y ninguno presentaba alimentación por fórmula láctea con biberón, siendo ambos grupos homogéneos en la línea base. A los 4 meses postparto: 100% del grupo intervención mantuvo la lactancia materna (81.82% lactancia exclusiva, 18.18% lactancia mixta), a diferencia del grupo control (27.27% lactancia exclusiva, 39.39% lactancia mixta y 33.33% fórmula láctea con biberón) con valor $p=0.000$. El RR fue de 3.6 con IC 95% (1.51-8.55).

Discusión e implicaciones para la práctica clínica

La nueva madre tiene que reajustar su rutina diaria y sus prioridades, para responder a los cuidados propios y a los de su hijo, y aunque este es un acontecimiento marcado por emociones positivas, las dificultades que surgen en lo cotidiano, pueden interferir en la experiencia de la lactancia materna (2). Además, la corta estancia hospitalaria, la falta de continuidad en la atención sanitaria a la madre en el postparto, la falta de conocimiento y habilidades de la primeriza en su nuevo rol de madre, afectan negativamente el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna (3,4).

La Organización Mundial de la Salud recomienda que los bebés sean alimentados con lactancia materna y la UNICEF indica que, globalmente, sólo 43%, 2 de cada 5 niños continúan recibiendo lactancia materna exclusiva a los 6 meses de vida, y en Colombia sólo el 36.1% tiene lactancia materna exclusiva, con una duración de 1.8 meses y lactancia mixta de 2.7 meses en promedio. La lactancia materna se asocia con la mejora de la supervivencia de los bebés y tiene importantes y múltiples beneficios para la salud tanto para los lactantes como para las madres; sin embargo, en el mundo las tasas de lactancia materna son más bajas que las recomendaciones internacionales, lo cual es un problema de salud pública. La OMS tiene como estrategia mejorar la calidad del cuidado materno infantil y establece que la promoción, el apoyo y la protección de la lactancia materna es una responsabilidad de todos (5).

En este estudio, posterior al seguimiento postparto de enfermería a los 4 meses se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos y cabe resaltar que un tercio de las madres del grupo control pasaron a alimentar a sus hijos mediante fórmula láctea con biberón, mientras que, ninguna del grupo intervención lo hizo, manteniendo la lactancia materna. Además, de acuerdo a los resultados encontrados el grupo control presenta un riesgo relativo de 3.6 veces más de empeorar el método de alimentación del bebé en detrimento de la lactancia materna, en comparación con el grupo intervención, lo que quiere decir, que el seguimiento postparto de enfermería es protector de la lactancia materna.

Los resultados de este ensayo controlado aleatorizado demostraron un gran aumento en el porcentaje y duración del mantenimiento de la lactancia materna, porque la intervención estuvo enfocada en empoderar a la madre con un seguimiento a largo plazo, que permitió una escucha empática y el establecimiento de una relación interactiva enfermera-madre para poder apoyar profesionalmente según las necesidades individuales y poder fortalecer las redes de apoyo de la madre con el fin de favorecer el mantenimiento de la lactancia materna. Estos resultados son coherentes con estudios previos que señalan la importancia del apoyo profesional continuo y personalizado a la madre después del alta hospitalaria para disminuir el riesgo de la interrupción precoz de la lactancia y favorecer el mantenimiento de la misma (6,7,8).

Los resultados positivos encontrados en este seguimiento postparto resaltan el papel fundamental de la enfermería materno infantil en brindar apoyo a la madre para el mantenimiento de la lactancia.

Este es un seguimiento innovador de enfermería en el postparto, el cual está en concordancia con la campaña "The Nursing Now", porque contribuyó en el mantenimiento de la lactancia materna en primerizas, lo que es un aporte trascendental para la salud materna perinatal y es evidencia de la importancia de implantar dicho seguimiento en todas las instituciones sanitarias.

Es necesario continuar realizando futuros estudios que midan el mantenimiento de la lactancia materna hasta los dos años de edad del hijo. Este estudio no posee conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Vargas-Porras C, et al (2021). Efficacy of a multimodal nursing intervention strategy in the process of becoming a mother: A randomized controlled trial. *Res Nurs Health*. 44(3):424-437.
2. Carvalho, JMDN, Gaspar, MFRF, & Cardoso, AMR. (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: Initial difficulties. *Investigación y Educación en Enfermería*, 35(3),285–294.
3. Tirano DC, Pinzón OL, González JL. (2020) Factores de riesgo y barreras de implementación de la lactancia materna: revisión de la literatura. *Rev Esp Hum Diet*. 22(4); 263-271.
4. Gianni ML, et al (2019). Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients*, 11(10): 2266.
5. Organización Mundial de la Salud. OMS. Organización Panamericana de la Salud. OPS. (2021). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
6. Chetwynd, EM, Wasser, HM, & Poole, C. (2019). Breastfeeding support interventions by International Board Certified Lactation Consultants: A systemic review and metaanalysis. *Journal of Human Lactation*, 35(3), 424-440.
7. Gila-Díaz A, et al (2020). Association between maternal postpartum depression, stress, optimism, and breastfeeding pattern in the first six months. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19): 7153.
8. Oliveira IB, et al (2017). Meta-analysis of the effectiveness of educational interventions for breastfeeding promotion directed to the woman and her social network. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 323-335.

AUTORES/AUTHORS:

MARÍA GONZALEZ GALLEGO, M^a JOSÉ RAMOS CARBAJO, HENAR BOBILLO DE LAMO, HUMILIANA MARCOS ANDRÉS, PATRICIA BLANCO LÓPEZ, EFIGENIA BECERRA GONZÁLEZ, M^a PAZ BLANCOFRANCO, M^a ROSARIO LÓPEZ PÉREZ, JOSE FRANCISCO GARCÍA DE LA FUENTE

TÍTULO/TITLE:

ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE EN EL 1^a AÑO DE VIDA: CAMBIOS PARA MEJORAR EN SALUD

INTRODUCCIÓN:

La alimentación es uno de los pilares básicos en un estilo de vida saludable, que previene el desarrollo de enfermedades como obesidad, cáncer, diabetes,...

Los profesionales sanitarios valoramos las recomendaciones sobre alimentación como una parte esencial de la prevención y promoción de la salud, fomentando la lactancia materna como forma de nutrición óptima.

OBJETIVOS:

- Establecer recomendaciones claras, flexibles e individualizadas para una alimentación saludable, equilibrada y variada en el niño y la familia siguiendo la línea de implantación de las GBP RNAO "lactancia materna" y "Prevención Primaria de la obesidad infantil".
- Elaborar un documento que aporte a las familias las recomendaciones generales que individualizarán según gustos, necesidades y cultura.
- Conocer el grado de satisfacción con el nuevo documento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis observacional, descriptivo.

Ámbito: Atención Primaria.

Sujetos a estudio: Niños del Área de Salud del Bierzo (pertenecientes a dos Centros de Salud Rurales- Cacabelos y Villafranca y uno Urbano- Ponferrada II), de 6 a 12 meses de edad que acuden a la consulta programada dentro del Programa de Salud Infantil.

Periodo a estudio: 2^o semestre de 2019.

La comisión de pediatría del área (pediatras y enfermeras de pediatría de Atención primaria y hospitalaria) revisamos la bibliografía sobre las últimas evidencias científicas en estilos de vida saludable, analizamos los documentos existentes en el área, consensuamos y actualizamos nuevos para entregar a los padres.

Realizamos pilotaje al inicio de la puesta en marcha para conocer el grado de satisfacción con las nuevas recomendaciones, a través de una encuesta que los padres responden de forma verbal.

RESULTADOS:

Con los resultados obtenidos, basados en las evidencias encontradas realizamos el documento que aporta a las familias las recomendaciones generales sobre alimentación. Este documento fue aprobado por la comisión de pediatría y puesto a disposición de todos los profesionales del área a través de la intranet.

No hay evidencias en el momento actual de que la introducción de alérgenos mientras se mantiene la lactancia materna disminuya el riesgo de alergia (Venter 2016), ni de que modificar la dieta de la madre embarazada o lactante de modo preventivo tenga alguna utilidad. (Venter 2016)

Para tomar alimentos diferentes a la leche es conveniente que el organismo tenga la maduración necesaria a nivel neurológico, renal, intestinal e inmune (Naylloreand morrow. 20119)

Retrasar la introducción de alimentos potencialmente alérgicos puede aumentar el riesgo de alergia (Palmer 2017)

El gusto por los diferentes sabores se forja desde temprana edad (Forestell 2017)

Se debe introducción de gluten entre los 4 y 11 meses , pequeñas cantidades (Chmielewska 2017)

BABY LED WEANING (BLW) , a pesar de tener un origen empírico cada vez más estudios han valorado su aplicabilidad, riesgos y resultado a medio y largo plazo (Brown 2017)

RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADAS A LAS FAMILIAS:

El número total de niños a estudio es de 231. Toman lactancia materna exclusiva (LME) hasta el 6 mes el 52,81%, lactancia materna total 68,39%. Inician alimentación complementaria entre el 4º y 5º mes el 47,18%, a partir del 6º mes el 52,81%. Comienzan el consumo de alimentos menos triturados el 29,89% antes del 9º mes, a los 9 meses el 28,35%, el 20,66% a los 11 y mismo porcentaje a los 12 meses. El 13,92% introduce todos los grupos de alimentos antes del 9º mes, el 42,4% entre 9º y 10º mes, el 43,67% a los 11 meses y el 36,7% a los 12. Sólo 6 niños presentan incidencia (relacionada con alergia alimentaria), las nuevas recomendaciones no plantean dificultades generalmente.

DISCUSIÓN

De los niños a estudio:

- Un elevado porcentaje toman LME hasta el 6º mes (50,21%).
- Antes de los 9 meses de vida comienzan con alimentos menos triturados.
- A los 11 meses introducen todos los grupos de alimentos casi la mitad de los lactantes
- La aceptación de las nuevas recomendaciones en líneas generales es muy buena.

Cualquier intervención en salud debe partir de la mejor evidencia disponible. Las limitaciones en investigación en el campo de la alimentación dan lugar a recomendaciones cambiantes o controvertidas, que pueden confundir a los profesionales sanitarios y la población en general.

Las recomendaciones nutricionales deben establecerse con la mayor prudencia y rigor posible, siempre será preferible una evidencia limitada que la ausencia de ella.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Los documentos elaborados son revisados sistemáticamente valorando los diferentes cambios en introducción de alimentos.

En esta línea de trabajo iniciada, seguiremos revisando la bibliografía disponible para elaborar recomendaciones con la mayor evidencia en otras edades pediátricas.

La comunicación entre las familias y equipo de pediatría es básica para facilitar la introducción de los distintos alimentos aportando la evidencia en los cambios.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Espín Jaime B, Martínez Rubio A. El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. Baby led weaning: ¿ventajas?, ¿riesgos? En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 59-66.
- 2.-Recomendaciones sobre alimentación complementaria en el lactante amamantado. Comité de Lactancia Materna · Asociación Española de Pediatría
- 3.- Mary Fewtrell, yJiri Bronsky, Cristina Campoy, Magnus Domellof, et al, Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition, JPGN 2017;64: 119–132
- 4.- Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años) Agencia de Salud Pública de Cataluña. Barcelona,

abril de 2016

- 5.- J. Dalmau Serra J.M. Moreno Villares . Alimentación complementaria : puesta al día. *Pediatr Integral* 2017; XXI (1): 47.e1–47.
- 6.-Rodríguez Delgado J. Recomendaciones nutricionales y evidencia científica: ¿hay más dudas que certezas? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019;21:69-75.
- 7.-Rodríguez Delgado J, Hoyos Vázquez MS, Grupo de Trabajo de Gastroenterología y Nutrición de la AEPap. Los zumos de frutas y su papel en la alimentación infantil. ¿Debemos considerarles como una bebida azucarada más? Posicionamiento del Grupo de Gastroenterología y Nutrición de la AEPap. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2017;19:103-16
- 8.-Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2018). Lactancia materna. Fomento y apoyo al inicio, la exclusiva y la continuación de la Lactancia Materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños. Toronto (ON), Canadá: Registered Nurses' Association of Ontario.
- 9.-Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014). Prevención primaria de la Obesidad Infantil, Toronto (ON), Canadá: Registered Nurses' Association of Ontario.
- 10.-.-[http:// faros.hsjdbcn.org](http://faros.hsjdbcn.org)

AUTORES/AUTHORS:

MARÍA GONZÁLEZ GALLEGO, M^a JOSÉ RAMOS CARBAJO, MAITE ANDRÉS TRABAJO, HENAR BOBILLO DE LAMO, DIANA VILLACORTA MARTÍN, ROGELIO ROJAS CASTELLANOS, M^aROSARIO LÓPEZ PÉREZ, CAROLINA FERNÁNDEZ GARCÍA GARCÍA, PAULA DE ALBA GARCÍA

TÍTULO/TITLE:

LACTANCIA MATERNA EN TIEMPOS DE PANDEMIA ¿ QUÉ HA CAMBIADO?

INTRODUCCIÓN:

La promoción, protección y apoyo de la Lactancia Materna constituyen el fundamento para una alimentación y crianza en el amamantamiento. A nivel mundial el objetivo es alcanzar la Lactancia Materna Exclusiva (LME) como nutrición óptima hasta los seis meses de vida del lactante y promover su continuidad hasta los dos años o más junto con una alimentación sana y adecuada. La Lactancia materna es la fuente nutritiva ideal para el recién nacido y genera beneficios importantes y conocidos tanto a la madre como al lactante, entre ellos la protección frente a cuadros infecciosos.

OBJETIVO

Analizar los cambios en el inicio, la exclusividad y la continuidad de la Lactancia Materna durante la pandemia por SARS-CoV-2 en EL Centro de Salud PONFERRADA II dando continuidad a la implantación de la GUIÁ DE BUENA PRÁCTICA RNAO "LACTANCIA MATERNA".

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis observacional, descriptivo, comparativo antes y después de la pandemia (marzo 2019 – marzo 2021)

ÁMBITO: Atención Primaria.

LOS SUJETOS A ESTUDIO son los niños pertenecientes al Centro de Salud Ponferrada II, nacidos del 1 de marzo de 2019 al 31 de marzo de 2021. Total:269. Criterios de exclusión: Parto gemelar, peso del recién nacido (RN) inferior a 2.500 gr, diferente fecha de alta hospitalaria madre-hijo. Se excluyen un total de 18 niños. TOTAL A ESTUDIO 251

La recogida de datos se realiza de Historia Clínica Informática (Medora). Se analizan los datos con Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS:**1.-Socio demográficos:**

- De los nacimientos totales 142 son niños y 109 niñas. La edad media de las madres es de 33 años.
- El número de nacimientos de marzo 2019 a febrero 2020 es de 146 niños y de 105 de marzo 2020 a marzo 2021.
- Los nacimientos mediante cesárea de marzo de 2019 a febrero de 2020 son 27,31%, mientras que de marzo de 2020 a marzo del 21 son el 29,71%.

2.- De indicadores:

• Educación maternal : De marzo de 2019 a febrero de 2020 el 60,41% de las embarazadas realizan Educación Maternal PRESENCIAL. Desde junio del 2020 a marzo de 2021 el 49,67% la realizan de manera TELEMÁTICA, por Teams, con muy buena acogida por parte de las familias, participando más activamente las parejas durante los meses de confinamiento. A lo largo de los meses de abril y mayo de 2020 no se realizó ningún tipo de Educación Materna

1. Durante la estancia hospitalaria el 83,32% de los niños realizaron piel con piel con la madre principalmente o con su pareja en caso de cesárea u otro problema que impidiera a la madre realizarla. De marzo de 2019 a febrero de 2020 el 49% de los RN recibió

LME y el 13% Lactancia Artificial; de marzo de 2020 a marzo del 2021 LME el 43,80% y Lactancia Artificial el 20 % de los RN.

- Se alimentaron con LME los 6 primeros meses de vida: El 32,33% de los recién nacidos de marzo de 2019 a febrero de 2020; frente al 31,98% de marzo de 2020 a marzo del 2021.

- Tiempo medio de Lactancia Materna Exclusiva: de marzo de 2019 a febrero de 2020 es de 83,88 días, frente a 73,21 de marzo 2020 a marzo 2021.

- Tiempo medio de Lactancia materna total (LMT): de marzo de 2019 a febrero de 2020 es de 247,35 días, 149,70 en el periodo marzo 2020 / marzo 2021.

DISCUSIÓN

A la vista de los resultados, la pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ha afectado a todas las dimensiones de la atención en salud, entre ellas el aseguramiento de la lactancia materna (inicio, exclusividad y continuidad) y su promoción.

Durante la pandemia:

Ha descendido la realización de EM, también es evidente el descenso de LME al nacimiento del RN, la duración de la LME y los días de media de LME y LMT.

Se aprecia un aumento de niños alimentados con LA desde el nacimiento.

Asimismo descendió el número total de nacimientos y aumentó el número de cesáreas

En conclusión, es FUNDAMENTAL continuar con las actividades de apoyo a la LM desde el embarazo para asegurar la implementación y continuidad de la LME debido a sus múltiples beneficios, ya que es un alimento natural, renovable, que no requiere envase y se produce de acuerdo con las necesidades del RN. Aporta los nutrientes necesarios, reduce el riesgo de padecer infecciones en los RN, disminuye la morbimortalidad neonatal y en la etapa adulta reduce la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Ante las evidencias actuales, la LME debe asegurarse especialmente durante la pandemia por COVID-19, debido a que existen mayores beneficios en la relación, nutrición, inmunidad y protección ante el SARS-CoV-2 .

APLICABILIDAD PARA LA PRACTICA

A medida que la pandemia por COVID 19 avanza vamos retomando las actividades que se venían realizando anteriormente, a la vez que surgen aspectos importante considerar de cara a la mejora continua en salud

En estos meses hemos comprobado que en promoción de LM, se pueden realizar actividades de forma eficiente utilizando prácticas infrecuentes hasta ahora en este ámbito (vía telemática, consultas telefónicas,...).

Esta situación de pandemia puede favorecer la toma de conciencia de que muchas de las dudas en relación a la promoción y apoyo a la LM (en este caso) pueden ser aclaradas por otras vías sin acudir necesariamente de forma presencial a los servicios sanitarios disminuyendo la frecuentación masiva.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

1. García May, P.K., Coronado Zarco, I.A., Valencia Contreras, C. y Núñez Enriquez, J.C. (2017). Contacto piel a piel al nacimiento. Perinatología y Reproducción Humana. Dec; 31 (4): 170-173. DOI: 10.1016/j.rprh.2018.03.011

2. Baeza, C. (2017). Amar con los brazos abiertos. Lactancia materna en la vida real. Madrid, España: Ediciones Encuentro

3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. (2017). Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Vitoria-Gasteiz, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
4. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2018). Lactancia materna. Fomento y apoyo al inicio, la exclusiva y la continuación de la Lactancia Materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños. Toronto (ON), Canadá: Registered Nurses' Association of Ontario.
5. Soto Conti, C. (2018)Primera hora de vida: una ventana de oro. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 3(3),167-178.
6. Norma del C. Galindo-Sevilla, Nilson A. Contreras-Carreto, Araceli Rojas-Bernabé, Javier Mancilla-Ramírez. (2021). Lactancia materna y COVID-19 .Gac Med Mex. 157:201-208
7. Baglán-Bobadilla NV. Promoción de la lactancia materna en tiempos de COVID-19. Rev Inf Cient [en línea]. 2020 [citado día mes año]; 99(5):410-411. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2989>
8. Organización Mundial de la Salud. Preguntas frecuentes:lactancia materna y COVID-19:para trabajadores de la salud, 12 de mayo de 2020 [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2020. Disponible en:<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332720>
9. Laguna Mallada P, Díaz-Gómez NM, Costa Romero M, San Feliciano Martín L, Gabarrell Guiu C. Impacto de la pandemia de Covid-19 en la lactancia y cuidados al nacimiento. Importancia de recuperar las buenas prácticas. Rev Esp Salud Publica. 2020;94:e202007083.
10. <https://www.unicef.org/es/coronavirus/lactancia-materna-segura-durante-la-pandemia-covid19>

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Lopez Vidal, Paula Manero Montañes, Ana Isabel Lorda Cobos, Cristina Genzor Rios, Josep Oriol Casanovas Marsal, Delia González de la Cuesta

TÍTULO/TITLE:

CONOCIMIENTO DEL BABY LED WEANING: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN FAMILIAS Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS

Describir la aplicación del método Baby Led Weaning (BLW) y conocer el grado de satisfacción de los progenitores con él. Describir el conocimiento sobre el BLW entre los profesionales de enfermería y conocer su utilización en la práctica clínica.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo mediante cuestionario estructurado.

El estudio abarca dos muestras, por un lado, los progenitores que acudieron al taller "Aprender a comer solito" en el Centro de Salud del Arrabal de Zaragoza. Posteriormente, realizaron un cuestionario online que constaba de 27 ítems. Se descartaron los progenitores cuyo hijo/a naciera antes de las 37 semanas de gestación. Por otro lado, se estudiaron a los profesionales de enfermería de Atención Primaria y Especializada en el ámbito de Aragón. Para ello, se distribuyó un cuestionario online a través del Colegio de enfermería de Zaragoza y AEPAN que constaba de 17 ítems.

RESULTADOS

En el estudio del BLW sobre los progenitores se analizaron un total de 18 encuestas. La mayoría de las familias eran biparentales, con una media de edad de las madres de 36,8 años, de 38,1 años en los padres, y de 26,6 meses en el caso de los niños. En referencia al nivel de estudios de los progenitores, la mayoría de los padres cursaron estudios de educación superior.

Las familias destacaron como puntos fuertes del BLW que es un método más natural que facilita el paso de la lactancia exclusiva a una alimentación complementaria en un 88,9 % y que el niño tiene una mayor autonomía al responder a sus señales de hambre y saciedad con un 83,3%. Además, un 66,7% de las familias manifestaron que comparten con el niño todas las comidas principales tanto diaria como semanalmente. Los puntos débiles señalados fueron la falta de tiempo con un 77,8% y falta de apoyo familiar o social con un 44,4%. En referencia a los atragantamientos, el 22,2% presentaron más de un episodio, no obstante, todas las familias continuaron el BLW, recomendando mayoritariamente su práctica.

La muestra en el estudio del BLW sobre los enfermeros fue de 108. La mayoría ejercían en el ámbito de la sanidad pública especializada, siendo el 25% especialistas en pediatría.

El 92,6% de los enfermeros indicaron que conocían el método BLW. Como puntos fuertes señalaron que permite al bebé experimentar y conocer los alimentos con un 83,4% y favorece su coordinación y desarrollo psicomotor con un 74,1%. Tan sólo el 5,6% no encontró puntos fuertes para realizar el método. Entre los puntos débiles, un 67,6% indicó el riesgo de atragantamiento seguido del 50% de dificultad en la conciliación familiar. La mayoría de los enfermeros señalaron la existencia de barreras para recomendar el BLW en su centro de trabajo. A pesar de ello, el 70,4% manifestó conocer familias que habían realizado el BLW y su percepción fue que las familias estaban satisfechas.

DISCUSIÓN

El BLW es un método gratificante para las familias siendo recomendado por la mayoría de los padres que lo han llevado a cabo coincidiendo con una elevada satisfacción en su realización.

Los profesionales de enfermería que ejercen en el ámbito pediátrico deberían conocer el BLW y ser capaces de orientar a las familias acerca de su desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Dogan E, Yilmaz G, Caylan N, Turgut M, Gokcay G, Oguz MM. Baby-led complementary feeding: A randomized controlled study. *Pediatr Int.* 2018; 60(12):1073-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/ped.1367>

Daniels L, Heath ALM, Williams SM, Cameron SL, Fleming EA, Taylor BJ, et al. BabyLed Introduction to SolidS (BLISS) study: A randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatr.* 2015; 15(1):1-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-015-0491-8>.

Morison BJ, Heath ALM, Haszard JJ, Hein K, Fleming EA, Daniels L, et al. Impact of a modified version of baby-led weaning on dietary variety and food preferences in infants. *Nutrients.* 2018; 10(8):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/nu10081092>

D’Auria E, Bergamini M, Staiano A, Banderali G, Pendezza E, Penagini F, et al. Babyled weaning: What a systematic review of the literature adds on. *Ital J Pediatr.* 2018; 44(1):1-11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13052-018-0487-8>

AUTORES/AUTHORS:

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

TÍTULO/TITLE:

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PLANES DE PARTO EN EL SERVICIO PÚBLICO DE ASISTENCIA OBSTÉTRICA DEL ÁREA NORTE DE TENERIFE

Introducción:

Los hallazgos en investigación constatan el impacto de las experiencias positivas de parto en la salud materna. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) y el Ministerio de Sanidad (MSPSI, 2007) reconocen el Plan de Parto como el instrumento de apoyo para incluir a las mujeres embarazadas en la toma de decisiones, obteniendo así resultados y experiencias más positivas del parto. El Plan de Parto es un documento legal y personal en el que la gestante puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Estas preferencias se han incorporado en las rutinas hospitalarias haciendo cumplimiento de los derechos básicos de las mujeres en la atención al parto y respetando las voluntades de las usuarias y familia. Completar el Plan de Parto otorga un mayor grado de control y autonomía a las gestantes y favorece la toma de decisiones durante el embarazo, el parto y el posparto.

Objetivo: Describir la situación actual de los Planes de Parto y Nacimiento en el servicio público de asistencia obstétrica del área norte de Tenerife.

Objetivos específicos: Determinar el grado de “adherencia” de las gestantes al Plan de Parto.

Metodología: Estudio de corte cuantitativo, descriptivo observacional entre mayo 2016 y mayo 2018 llevado a cabo en el Hospital Universitario de Canarias (HUC). Un total de 350 mujeres (n=350) cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio. Intervención principal: encuesta de diseño propio formada por 19 variables tipo test. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética e Investigación pertinente.

Resultados: De los 4.858 partos totales registrados en el HUC en 2016 y 2017, 645 gestantes entregaron Planes de Parto (12,3%). Tras aplicar los criterios de inclusión y obtener el consentimiento de las mujeres, se analizó el 54,3% de estos (n=350). 249 (71,3%) mujeres afirmaron haberse informado sobre el embarazo y el parto, siendo su matrona la fuente principal (61,7%). A 164 mujeres (46,9%) se les explicó el documento en clases de educación maternal y entre las semanas 21 y 32 principalmente (95%). Un 68,5% (n=240) acudieron a la consulta de su matrona para seguimiento de embarazo al menos en 3 ocasiones durante su gestación. 74,3% de las usuarias afirma que el modelo de Plan de Parto que se entrega en Atención Primaria (MSPSI, 2007) es fácil de entender, es impersonal (26,9%) y respondía a sus necesidades (62,3%). El 38% de las mujeres a estudio afirmaron que este modelo prediseñado de Plan de Parto incluye una información adaptada a la realidad del Hospital Universitario de Canarias. Un 47,2% de las gestantes que presentaron Plan de Parto afirmaron haber tardado más de tres horas en completarlo y el 63,1% lo hizo junto a su pareja. El 85% de las mujeres refirieron que elaborar su Plan de Parto modificó su estado emocional, 91,1% afirmaron que mejoró su experiencia durante la dilatación y 92,3% durante la fase expulsiva. El 36,6% de las usuarias expuso la necesidad de que existan más opciones sobre lugares donde dar a luz (centros de nacimiento, parto en casa, etc.), así como partos en el agua. El 61,4% de las mujeres que entregaron Plan de Parto aseguró que su matrona mostró interés por su Plan de Parto y el 56,9% revisó el documento de manera conjunta con su matrona. El 64% de las usuarias confirmó que se respetó su Plan de Parto y la toma de decisiones compartidas durante el parto fue del 43,1%.

Conclusiones: 36% de las mujeres que presentaron Plan de Parto afirmaron que no se cumplió el mismo y un 56,9% no fue incluida en la toma de decisiones durante su parto.

La adherencia de las gestantes a la presentación del Plan de Parto en relación al número de nacimientos anuales fue del 13,3%

Discusión:

Todas las gestantes tienen derecho a presentar Plan de Parto, independientemente de las características de su gestación.

Las opciones consideradas en el modelo actual de Plan de Parto (MSPSI, 2007) no se adecúan a los servicios que ofrece cada hospital.

La función del Plan de Parto no es sólo planificar. Existe un conflicto de términos. Sería mejor hablar de un documento que incluyese, por ejemplo, la palabra "preferencias" y no "plan" en su título.

La toma de decisiones de las mujeres para con su parto está limitada.

Atendiendo a las demandas de las gestante y la evidencia científica más actual, es preciso ofrecer más lugares donde dar a luz (centros de nacimiento, parto en el agua, etc.), otros materiales de apoyo (silla de parto, cuerdas, etc.), así como ampliar la oferta de métodos farmacológicos y no farmacológicos para el manejo de las contracciones.

Esta investigación podría servir como referente para proporcionar conocimiento sobre el perfil de las gestantes que presentan Plan de Parto, así como para garantizar el derecho a la autonomía de las gestantes, cuestionado durante los diferentes escenarios que ha originado la evolución de la pandemia de la Covid-19.

Se necesitan más estudios donde se investiguen las causas por las que no se cumple el Plan de Parto.

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

PALABRAS CLAVES: Plan de Parto, autonomía, toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Ley 41/2002, de 14 de noviembre de 2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 15 de noviembre de 2002, núm. 274.

Mei, J.Y., Afshar, Y., Gregory, K.D. Kilpatrick, S.J. y Esakoff, T.F. (2016). "Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction". Birth issues in perinatal care, 43 (2), pp. 144 -150.

Ministerio de Sanidad y Consumo [MSYC] (2007). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [MSPSI] (2007). Plan de parto y nacimiento.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018): Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.

Organización de Naciones Unidas [ONU] (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.

Peart, K. (2004). "Birth planning-is it beneficial to pregnant women?". Australian Journal of Midwifery: Professional Journal of the Australian College of Midwives Incorporated, 17 (1), pp. 27-29.

Jornada de Doctorandos

Doctoral Workshop

AUTORES/AUTHORS:

Marina Isabel Sanjurjo Morote

TÍTULO/TITLE:

Impacto de la experiencia del paciente en la mejora del proceso prequirúrgico

OBJETIVOS

i. OBJETIVO PRINCIPAL

Mejorar la experiencia del paciente en el proceso prequirúrgico.

ii. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Describir la experiencia del paciente en el proceso prequirúrgico.
- B. Identificar áreas de mejora e intervenciones sugeridas en la experiencia del paciente.
- C. Implementar y evaluar las intervenciones sugeridas.

MÉTODOS

A. TIPO DE ESTUDIO

Estudio cuasi experimental con grupo de control no equivalente basado en la evaluación de la experiencia del paciente y en la metodología desing thinking.

B. POBLACIÓN DIANA

Pacientes con indicación médica de cirugía programada no ambulante.

C. POBLACIÓN OBJETO DEL ESTUDIO

Pacientes con indicación médica de cirugía programada no ambulante del Hospital Clínico San Carlos durante el período de estudio.

D. PERÍODO DE ESTUDIO

Del 1 de junio de 2021 al 31 de diciembre de 2021 si las circunstancias de la pandemia lo permiten.

E. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Pacientes adultos que acuden a la consulta de enfermería prequirúrgica porque van a ser sometidos a una cirugía con ingreso en hospitalización quirúrgica con estancia post intervención estimada de al menos 48 horas, antes de recibir el alta médica. Pacientes incluidos en Lista 1 según codificación interna del Hospital. Las especialidades clínicas a estudio son:

- Cirugía ortopédica, traumatología y traumatología oncológica.
- Cirugía general y del aparato digestivo.
- Cirugía torácica.
- Urología.
- Cirugía plástica.
- Cirugía maxilofacial.
- Ginecología.

F. DESARROLLO DEL ESTUDIO

El desarrollo del estudio y su metodología se establecen en las siguientes fases:

1. Fase 1: Estudio descriptivo preintervención. En la que la importancia reside en conocer las variables de resultado en el momento previo a la modificación de cualquier parámetro del proceso. Los aspectos positivos y negativos identificados durante esta fase se pueden utilizar más adelante para mejorar la experiencia perioperatoria del paciente, a fin de maximizar los resultados clínicos.
2. Fase 2: Estudio cualitativo basado en metodología fenomenológica-hermenéutica donde el objeto es realizar una visión de

conjunto para conseguir una idea general de contenido teniendo en cuenta que lo primordial es comprender qué el fenómeno es parte de un todo significativo y no hay posibilidad de analizarlo sin el abordaje holístico en relación con la experiencia de la que forma parte. La fenomenología permite captar las experiencias individuales, el sentido global y común, o esencias, de una experiencia o evento. Es el cómo las personas viven y dan sentido a lo particular de la experiencia vivida y el significado de esa experiencia en el cuerpo vivido. La hermenéutica es un enfoque que explicita el comportamiento, las formas verbales y no verbales de la conducta, la cultura, los sistemas de organizaciones y revela los significados que encierra, pero conservando la singularidad. La fenomenología hermenéutica de investigación se lleva a cabo a través de actividades de naturaleza empírica (recoge la experiencia) y naturaleza reflexiva (analiza sus significados). Una vez recogidos e interpretados los nudos fenomenológicos el objetivo es identificar momentos clave y/o críticos que considere el paciente en su proceso y proponer qué es lo que cambiaría.

3. Fase 3: Implantación de modificaciones sugeridas por la experiencia del paciente.

Una vez llevado a cabo el análisis del discurso de los pacientes en base a su experiencia, el objetivo es prototipar (design thinking) las sugerencias en acciones de fácil implementación, como podrían ser el manejo de la intimidad, confortabilidad en la atención, acceso adecuado a la información, etc. Destacando la importancia de los numerosos profesionales que atienden al paciente y su familia durante el proceso, así como, el impacto provocado resultante de las interacciones surgidas.

4. Fase 4: Estudio descriptivo postintervención. El objetivo final de nuestro estudio es conocer los resultados de las variables de resultado tras la modificación del proceso.

•

G. VARIABLES

La variable principal de estudio es la ansiedad, así como, el análisis del comportamiento de esta durante el proceso quirúrgico al relacionarse con las variables de resultado propuestas:

i. VARIABLES DEPENDIENTES O DE RESULTADO

- Evaluación del estilo de afrontamiento del paciente ante la información recibida mediante el Miller Behavioral Style Scale (MBSS) versión en español. Consulta prequirúrgica de enfermería: medida durante el tiempo que transcurre entre la consulta con el facultativo especialista de anestesiología y reanimación, y la consulta prequirúrgica de enfermería.
- Nivel de Ansiedad preoperatoria evaluado con Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) versión validada en español. Medida en dos ocasiones: en la acogida en la unidad de hospitalización quirúrgica el día de la intervención y en el antequirófono durante el momento prequirúrgico inmediato.
- Nivel de Ansiedad postoperatoria evaluado con State-Trait Anxiety Inventory (STAI) versión validada en español. A las 48 horas de la intervención en la unidad de hospitalización quirúrgica.
- Nivel de dolor postoperatorio evaluado con Escala Visual Analógica (EVA). A las 48 horas de la intervención en la unidad de hospitalización quirúrgica.
- Evaluación de la experiencia paciente en base a entrevista semiestructurada que aborde la autonomía del paciente, dignidad, comunicación profesional-paciente, confidencialidad, capacidad de decisión en relación con su proceso, atención inmediata, calidad

de los servicios, intercambio integral de información y relación de calidad. A las 48 horas de la intervención en la unidad de hospitalización quirúrgica.

- Nivel de satisfacción del paciente en relación con el proceso prequirúrgico. Cuestionario satisfacción elaborado por la Unidad de Calidad del hospital. Al alta de la unidad de hospitalización quirúrgica.
- Porcentaje de cirugías suspendidas por falta de información o falta de comprensión de la información recibida. Datos recogidos en la entrevista prequirúrgica el día de la cirugía.

•#8195;

ii. VARIABLES INDEPENDIENTES O DE CONTROL

- Edad. Medida en años.
- Sexo. Diferenciando entre mujeres y hombres.
- Nivel de estudios. Clasificados: Sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios y estudios universitarios.
- Ocupación profesional en base a la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (CON-2011) del Instituto Nacional de Estadística.
- Especialidad médica quirúrgica. Distintas especialidades quirúrgicas.
- Cirugías previas. Anamnesis preoperatoria.
- Riesgo anestésico. Evaluado por el sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.
- Tipo de anestesia clasificados como: local, locorregional, sedación, anestesia general.
- Tiempo que transcurre desde la consulta prequirúrgica hasta el primer contacto telefónico para el cribado epidemiológico preoperatorio.
- Tiempo que transcurre desde el primer contacto telefónico hasta la cita para determinación para Pruebas Complementarias (PC): PCR + serología + Radiografía de tórax + analítica COVID prequirúrgica y saturación de oxígeno.
- Tiempo que transcurre desde la determinación de PC hasta que se programa la cirugía.
- Tratamiento ansiolítico previo a la cirugía. Tipo y tiempo de tratamiento. Tratamiento ansiolítico Sí/No. (Especificar si se trata de forma puntual para disminución de la ansiedad preoperatoria).
- Antecedentes Oncológicos. Sí/No, Tratamiento (Quimioterapia, Radioterapia, Cirugía, y/o combinación terapéutica).

RESULTADOS

En la actualidad 80 pacientes han sido captados como participantes para el estudio, de los cuales 21 han pasado por todas las fases de estudio y 20 por alguna de ellas; habiendo completado 41 de los sujetos el proceso quirúrgico.

La edad media de los pacientes estudiados es de 58,5 años y aproximadamente el 42% de los sujetos han sido diagnosticados de un proceso oncológico.

DISCUSIÓN

En base al análisis preliminar de la muestra obtenida durante los 3 meses de estudio los resultados arrojan averiguaciones prometedoras; autores describen el momento de transferencia al quirófano como el de máxima ansiedad para los pacientes; nuestro estudio, va a un paso más, y sugiere que al estudiar a los pacientes con el mismo cuestionario en rangos temporales diferentes y espacios hospitalarios distintos (unidad hospitalaria y antequirófano), los resultados en términos de ansiedad, se ven modificados en

aumento. Si se le añade que prácticamente la mitad de los participantes sufren un proceso oncológico, el afrontamiento ante este tipo de información se puede hacer de forma participativa-activa o pasiva-eludida, añadiendo mayor carga emocional, y por tanto, ansiedad durante todo el proceso.

El papel de la enfermería es clave para abordar de forma conjunta el proceso quirúrgico al que va a ser sometido. La preparación basada en la educación prequirúrgica ha demostrado que ayuda al paciente y a su familia a afrontar la cirugía, mejorando su conocimiento sobre el proceso y qué esperar de él. La información transmitida por los profesionales de enfermería produce efectos positivos: genera confianza y potencia las herramientas para hacer frente a las situaciones estresantes. Y es que el enfermero es "el especialista que coordina la atención del paciente quirúrgico y brinda atención hospitalaria centrada en el paciente y su entorno".

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Butcher H, Bulechek G, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7.a ed. Elsevier; 2018.
- Soule BM. Evidence-Based Principles and Practices for Preventing Surgical Site Infections [Internet]. Joint Commission International. Joint Commission International; 2018 [citado 23 de octubre de 2020]. p. 1-191. Disponible en: https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/offerings/advisory-services/infection-prevention-and-control/jci_ssi_toolkit.pdf?db=web&hash=51FCBF18BC050870C6721734A67F79ED.
- Díez-Álvarez E, Arrospide A, Mar J, Alvarez U, Belaustegi A, Lizaur B, et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enferm Clin*. 2012;22(1):18-26.
- De Ridder EF, Dekkers T, Porsius JT, Kraan G, Melles M. The perioperative patient experience of hand and wrist surgical patients: An exploratory study using patient journey mapping. *Patient Exp J*. 2018;5(3):97-107.
- Fuster Guillen DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Represent* [Internet]. 2019;7(1):201-29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267> ORCID:<https://orcid.org/http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Mendieta-Izquierdo G, Ramírez-Rodríguez JC, Fuerte JA. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;33(3):453-443.
- Miró J. Translation, validation, and adaptation of an instrument to assess the information-seeking style of coping with stress: The Spanish version of the Miller Behavioral Style Scale. *Pers Individ Dif*. 1997;23(5):909-12.
- 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*. 2017;15(120):1-10.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI, cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual. 9.a ed. TEA; 2015.
- Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre M V, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Española del Dolor*. 2018;25(4):228-36.

AUTORES/AUTHORS:

Teresa Sufrate Sorzano

TÍTULO/TITLE:

Percepción del estudiantado en relación con la seguridad clínica y el suicidio; mejora de las competencias.

1. Objetivos.

Analizar la percepción en relación con la seguridad clínica y el suicidio en el alumnado que ha cursado la asignatura de “calidad de los cuidados” en la Universidad de La Rioja.

2. Métodos.

Se desarrolla un estudio piloto transversal descriptivo en relación con la percepción del estudiantado respecto a la seguridad clínica, y específicamente en lo relativo a la intervención para la prevención del suicidio. La población a estudio, con una muestra de 30 alumnos, son los alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería matriculados en el año académico 2020/2021 en la asignatura “calidad de los cuidados” de la Universidad de La Rioja.

Se utilizará el cuestionario HSOPS-NS, una adaptación para alumnos del cuestionario de “Cultura de seguridad del paciente para profesionales”. El instrumento HSOPS-NS es una adaptación para estudiantes de Enfermería del cuestionario HSOPS diseñado por AHRQ (1). El desarrollo y la validación del cuestionario HSOPS-NS corresponden a un grupo de investigación de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad del País Vasco y de la Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza (2).

Aspectos éticos.

Previamente al diseño de este estudio se han solicitado los permisos oportunos a la dirección de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de La Rioja, obteniendo la autorización para el desarrollo de la metodología programada. El proyecto cuenta con la autorización del Comité de Ética de Investigación del Centro de Investigación Biomédica de La Rioja.

Previamente a la cumplimentación del cuestionario, se informará al alumno del proyecto, objetivos y metodología del mismo, solicitando su consentimiento, con garantías de confidencialidad de los datos y con el uso de la información obtenida para fines exclusivamente de investigación, todo ello acorde a la Ley Orgánica 3/2018, de 05 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Limitaciones.

Las limitaciones de este estudio se encuentran relacionadas con la participación voluntaria del alumno, desconocer la opinión de los no participantes puede influir en los resultados.

3. Resultados.

A la hora de la recogida de datos, la muestra N=30 se encontraba realizando prácticas en diferentes servicios que se describen a continuación. El 56,7% realizó prácticas en hospitalización médica, el 40% en hospitalización quirúrgica y el 3,3% en el quirófano.

El 56,7 % de los alumnos de tercer curso que habían recibido los contenidos de la asignatura “calidad de los cuidados” (carácter

optativo) fueron capaces de identificar intervenciones dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. Así mismo, el 73,3% del alumnado tiene capacidad para entender la conducta suicida de un paciente como un suceso adverso relacionado con la seguridad clínica; siendo capaz de relacionar estas conductas con el desarrollo de análisis de riesgos de seguridad del paciente y con el impulso de barreras preventivas.

El 93,3% de la muestra refiere que el profesional de enfermería es agente clave en la intervención para la prevención de la conducta suicida y la mejora de la seguridad del paciente. El 63,3% fueron capaces de identificar intervenciones y barreras preventivas para reducir el riesgo de la conducta suicida.

A la hora de preguntar por los problemas relacionados con la seguridad del paciente en los diferentes servicios donde se encontraban realizando las prácticas, el 76,7% refiere no observar problemas con la seguridad del paciente relatando que todo se realiza con protocolos y evidencia científica, frente al 10% que sí que observa problemas relacionados con la seguridad del paciente.

Con respecto a la asociación entre la seguridad clínica y el suicidio, se preguntó si consideraban el suicidio de un paciente como un suceso adverso, el 100% lo afirma refiriendo que puede haber factores contribuyentes que se puede prevenir y se observa una falta de formación en la atención del paciente.

Conocido que el suicidio es considerado un suceso adverso, se procedió a preguntar si los profesionales de enfermería pueden intervenir para prevenir la conducta suicida, el 100% afirman que enfermería es un pilar clave para la prevención y detección de conducta suicida, a lo que añaden que se debe proporcionar la mayor seguridad posible al paciente, fomentar la comunicación y observación.

Por todo lo expuesto, durante el curso académico 2021-2022 se ampliará la muestra a todos los cursos y se comparará la correspondencia entre los datos obtenidos con el estudio piloto y su extrapolación a una muestra completa, además de analizar con menor sesgo la percepción del estudiantado en relación con la seguridad clínica y el suicidio.

4. Discusión.

Los profesionales de enfermería son responsables de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen mediante normas legales y deontológicas (3,4). Se hace esencial que desde las facultades de enfermería los estudiantes de grado sean capaces de reconocer la cultura y el principio de seguridad clínica e incorporen a sus competencias estrategias de mejora de la calidad tanto académicas como clínicas (5).

A lo largo de la historia de la humanidad, la conducta suicida, se ha visto en muchas ocasiones relacionada exclusivamente con la voluntad del paciente, incluso valorando el derecho a la autonomía de sus decisiones y sin implicaciones preventivas. Hoy en día la intervención sanitaria preventiva se considera esencial; y que los estudiantes de grado de enfermería identifiquen posibilidades preventivas y capacidad de intervención, se hace elemental como eje en la seguridad del paciente para estas conductas lesivas.

La cultura de seguridad es un elemento clave dentro de la cultura organizacional de los centros sanitarios. Los conocimientos teórico-prácticos, las actitudes, conducta, estructuras y los elementos socio-culturales, son piezas claves de la seguridad del paciente en toda organización sanitaria. La formación a los estudiantes de enfermería sobre seguridad del paciente en la asignatura "calidad de los cuidados" ha demostrado tener un impacto positivo, generando en los alumnos conocimientos, habilidades y el reconocimiento de la importancia del concepto de seguridad del paciente en relación con la conducta suicida.

Los autores de este trabajo declaran que no existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Rockville, W., Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., Behm, J. (2016). AHRQ Publication No. 15(16)-0049-EF Replaces 04-0041 January 2016
2. Ortiz de Elguea, J., Orkaizagirre-Gómara, A., Sánchez De Miguel, M., Urcola-Pardo, F., Germán-Bes, C., & Lizaso-Elgarresta, I. (2019). Adapting and validating the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) for nursing students (HSOPS-NS): A new measure of Patient Safety Climate. *Nurse Education Today*, 75, 95-103. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.008>
3. Boletín oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Publicado en: BOE núm. 274, de 15/11/2002. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>.
4. Boletín Oficial del Estado. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Publicado en: BOE núm. 280, de 22/11/2003. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>.
5. OMS-Organización Mundial de la Salud. Patient safety curriculum guide: Multi professional edition. 2011. Retrieved from who.int/patientsafety/education/mp_curriculumguide/en/

AUTORES/AUTHORS:

Viorica Nedelcu

TÍTULO/TITLE:

Development of a questionnaire to assess the knowledge, beliefs and practices of students regarding hand hygiene

1. Objectives

Hand hygiene represent the simplest and most effective method for preventing of the healthcare-associated infections (HAI). However, the overall compliance rate of healthcare professionals (HCP) with hand hygiene remains at a very low level, on average 40%. A key factor in the process of improving practices of hand hygiene is ensuring that HCP, including nurses, have adequate knowledge and beliefs regarding hand hygiene and HAI (WHO, 2009). In this regard, an adequate level of knowledge and beliefs should be acquired since the stage of initial professional training of nurses, through a curriculum correlated with their educational needs, so that graduates of these forms of education may be able to apply appropriate methods to prevent and limit the HAI during patient care. Subsequently, the process of acquiring the appropriate knowledge and beliefs must be continued throughout the professional activity of nurses, through regular training and continuing medical education programs. The aim of this study was to present the process of development and validation a standardized questionnaire to assess the knowledge, beliefs and practices of post-secondary sanitary schools (PSSS) students regarding hand hygiene. To date, in Romania, an assessment of knowledge, beliefs and practices of PSSS students regarding hand hygiene has not been conducted and also no tool is available for this type of evaluation.

2. Methods

The initial methodology for developing the questionnaire involved the analysis of the literature in order to identify the existing questionnaires in this field. Thus, five scales were selected that contained items related to students' knowledge, beliefs and practices regarding hand hygiene from three specialized articles that reported validated questionnaires (van de Mortel, 2009; van de Mortel et al., 2012; Najafi Ghezeljeh, 2015). In order to use the items from the questionnaires selected from the literature, the use permissions were requested from the authors who developed these questionnaires. The initial version of the questionnaire, which included a number of 58 items, was translated from English into Romanian and was applied to a number of 649 PSSS students in order to validate the items. The students were asked to show their opinion about each item on a 5-part Likert scale from 1 (strong disagreement) to 5 (strong agreement). The study was developed during the PhD program of the main author, under the coordination of Prof. Univ. Dr. Ioana Marina Grințescu and there is no conflict of interest in this work.

3. Results of Findings

The validation study of the Romanian version of the questionnaire for assessing the knowledge, beliefs and practices of PSSS students regarding hand hygiene was conducted for a period of two months in 2019. Following the analysis of the indices of difficulty and discrimination, as well as the internal consistency of the items (Cronbach's alpha coefficient), it was necessary to eliminate a number of 14 items. Thus, it was declared that the Romanian version of the hand hygiene questionnaire containing a number of 44 items is a valid instrument for evaluation the knowledge, beliefs and practices of PSSS students regarding hand hygiene.

4. Discussion

Considering that the level of knowledge influences the beliefs and especially the practices of HCP, and the acquisition of specific information starts from their initial training stage, it was necessary to evaluate this aspects for both students and nurses. The studies that were carried out in this field aimed at comparing the knowledge, attitudes and practices of nursing students with medical students or registered nurses. Thus, the researchers who examined Greek nursing and medical students' hand hygiene knowledge, beliefs and practices (van de Mortel et al., 2010) using a questionnaire (van de Mortel, 2009) found that nursing students had significantly higher hand hygiene knowledge and more positive hand hygiene beliefs and practices than medical students. Also, the results of a study

conducted in Italy (van de Mortel et al., 2012) showed that nursing students' hand hygiene knowledge and self-reported hand hygiene practices were significantly higher than that of medical students, but there were no statistically significant differences between hand hygiene beliefs. More, mean scores on the knowledge items were low for both groups, reflecting primarily a knowledge deficit and drawing attention to the focus of educational strategies on this area. Another study (Shinde & Mohite, 2014), that included 100 nurses and 100 nursing students, showed that nursing students had a significantly better level of knowledge, significantly better attitudes and better practices compared to nurses.

Regarding the training curriculum for students, the literature has shown that the role of hand hygiene is often minimized, the main focus being on the medical part of the training such as for example diagnosis and treatment of patients (Kaur et al., 2016). Given this, the World Health Organization has developed an useful curriculum guide for providing patient safety education to students, where a central place is dedicated to the topic of infection prevention and control (WHO, 2011). Related to the inadequate knowledge of nurses in the field of hand hygiene and the consequent need to adapt the curriculum of continuing medical education programs to their educational needs, a study conducted in our country identified 3 deficient specific domains in this field: HAI, Hand hygiene and, Disinfection and sterilization (Nedelcu et al., 2020).

The implications for clinical practice

Considering these aspects, the lack of information in this regard in our country, the critical importance of hand hygiene in clinical practice in hospitals, as well as the fact that nurses are the most numerous HCP, the next steps are to apply the validated questionnaire to assess knowledge, beliefs and practices regarding hand hygiene to students in PSSS, students in nursing faculties and nurses from hospitals. Based on the results of these assessments, we will be able to establish the educational needs of nursing students and nurses, and we will can develop an adapted curricula for nursing students training, as well as a targeted curricula for nurses' continuing medical education programs. In this way, we can expect that the provision of knowledge adapted to the educational needs of students and nurses will improve hand hygiene practices in hospitals and reduce HAI rates, which will increase the quality and safety of patient care.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Kaur R, Razee H, Seale H. Development and appraisal of a hand hygiene teaching approach for medical students: a qualitative study. *Journal of Infection Prevention*. 2016;17(4):162-8.
2. Najafi Ghezalje T, Khosravi M, Tolouei Pouranjarani T. Translating and evaluating psychometric properties of hand hygiene questionnaire-Persian version. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2015;1(1):23-8.
3. Nedelcu V, Zazu M, Mazilu DC, Vernic C, Grințescu IM. Evaluation of the Nurses' Level of Knowledge Regarding Hand Hygiene and Healthcare-Associated Infections: A Survey. *Applied Medical Informatics*. 2020;42(2):53-61.
4. Shinde MB, Mohite VR. A Study to Assess Knowledge, Attitude and Practices of Five Moments of Hand Hygiene among Nursing Staff and Students at a Tertiary Care Hospital at Karad. *International Journal of Science and Research (IJSR)*. 2014;3(2):311-321.
5. van de Mortel TF. Development of a questionnaire to assess health care students' hand hygiene knowledge, beliefs and practices. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2009;26(3):9-16.
6. van de Mortel TF, Apostolopoulou E, Petrikkos G. A comparison of the hand hygiene knowledge, beliefs and practices of Greek nursing and medical students. *American Journal of Infection Control*. 2010;38(1):75-77.
7. van De Mortel TF, Kermode S, Prozano T, Sansoni J. A comparison of the hand hygiene knowledge, beliefs and practices of Italian nursing and medical students. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(3):569-79.
8. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Geneva, World Health Organization, 2009. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>.
9. World Health Organization. Patient safety curriculum guide: Multi-professional edition. 2011.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44641>.

AUTORES/AUTHORS:

Claudia González López

TÍTULO/TITLE:

Cuidado e inclusión social. Análisis de las necesidades formativas y propuestas de mejora en los estudios de Grado de En

Introducción:

La salud es un fenómeno que trasciende a la mera ausencia de enfermedad o el simple acceso a la atención sanitaria, es un derecho fundamental reconocido que para ser efectivo debe ser practicado sin ningún tipo de discriminación.

Diferentes documentos oficiales, como la Estrategia Nacional de Equidad en Salud (Ministerio de Sanidad, 2015) o la reciente Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (Ministerio de Sanidad, 2019), exponen diversas recomendaciones de carácter urgente para promover la inclusión social desde el ámbito sanitario; entre las que se encuentra: incorporar el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud como una parte obligatoria de la formación pre y postgrado en las carreras de Ciencias de la Salud o dar una respuesta equitativa a las necesidades de atención sanitaria y mejorar la salud de la población, en particular de los grupos sociales más desfavorecidos o vulnerables socialmente.

La vulnerabilidad social coloca a muchas personas en una posición de desventaja para acceder a los servicios de salud y de apoyo. Esto se debe a una compleja interacción de barreras educativas, culturales, organizativas, administrativas, económicas y jurídicas, junto con el estigma generalizado y la discriminación institucional. La exclusión sistemática de los procesos de planificación y supervisión de la atención de salud de muchas personas da lugar a un desequilibrio entre el diseño de los servicios (lo que incluye a los formativos) y las necesidades de los grupos destinatarios, y contribuye a resultados deficientes en materia sanitaria (Lazarus et al., 2020).

Esta problemática se puede analizar desde diferentes perspectivas, pero advierte sobre la necesidad de estudiar cambios estructurales en el modelo de atención sanitaria y de cuidados. Esto se considera especialmente relevante en la enfermería, porque al ser el colectivo de la salud más numeroso en el mundo la adaptación de su formación supondría un motor de cambio e inclusión social insustituible (Read & Betancourt, 2016).

El Consejo Internacional de Enfermería en su Código Deontológico Internacional afirma que la enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales, especialmente de las poblaciones vulnerables (Consejo Internacional de Enfermería, 2012). Además, en su informe "Resolver la Desigualdad: aumentar el acceso y la equidad" (Consejo Internacional de Enfermería, 2011) manifiesta que las enfermeras deben impulsar el acceso y la equidad a través de su profesionalismo y ética, formación y capacitación, competencia cultural, nuevas funciones coherentes con la realidad actual, la capacidad de ser flexibles, la investigación o la participación e influencia en la política.

En este sentido, en el marco de los cambios introducidos en la planificación y concepción de los estudios universitarios derivados de la Declaración de Bolonia y la armonización del Sistema Universitario español con el Espacio Europeo de Educación Superior, el RD 1393/2007 de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales (Real Decreto 1393/2007, 2007), hace explícita la necesidad de atender a las premisas expuestas hasta ahora: la formación en cualquier actividad profesional debe contribuir al conocimiento y desarrollo de los Derechos Humanos, los principios democráticos, los principios de igualdad entre mujeres y hombres, de solidaridad, de protección medioambiental, de accesibilidad universal y diseño para todos, y de fomento de la cultura de la paz.

Sin embargo, nada de eso está presente en el caso concreto de los estudios de Grado de la Enfermería en España, pues, el análisis de la ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero, evidencia que en el texto son inexistentes las referencias directas a la inclusión, equidad, accesibilidad o diversidad (Orden CIN/2134/2008, 2008).

Y ello, pese a que cuatro años antes, en el Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería (ANECA, 2004) sí que se establecen competencias asociadas con valores profesionales y el papel de la enfermera, como la capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos.

Todas estas declaraciones bien intencionadas que no se corresponden con acciones decididas y concretas tiene su reflejo en los Planes de Estudios de las Escuelas/Facultades de Enfermería, que, en el caso concreto de Galicia, no incorporan asignaturas que de forma directa cubran competencias amplias relacionadas con la inclusión social.

Así, encontramos que, al contrario de lo que sucede con la educación inclusiva, que se ha convertido en un concepto ampliamente reconocido y aceptado, la salud inclusiva se encuentra en fases iniciales, lo que requiere de un impulso decidido en todos los frentes que le afectan incluido el de la formación inicial de los nuevos profesionales de la enfermería.

Metodología:

En el marco de un paradigma interpretativo se adoptará una metodología de investigación mixta que incluye el análisis documental, así como cuestionarios, entrevistas y grupos de discusión con los sujetos directamente implicados, de cuya triangulación esperamos satisfacer los objetivos señalado. Si fuera posible con el fin de ilustrar la problemática objeto de estudio y acceder a poblaciones de personas susceptibles de ser identificadas como sujetos con necesidades de inclusión, se recurrirá al Estudio de Caso.

Resultados esperados: Aportar evidencias sobre cómo abordar las distintas barreras a la inclusión y la equidad en el ámbito de la salud y proponer nuevas iniciativas formativas que contribuyan a la superación de esas barreras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- ANECA. (2004). Libro Blanco Título de Grado de Enfermería. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
- Consejo Internacional de Enfermería. (2011). Resolver la desigualdad: Aumentar el acceso y la equidad. Consejo Internacional de Enfermería.
- Consejo Internacional de Enfermería. (2012). Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería
- Lazarus, J. V., Baker, L., Cascio, M., Onyango, D., Schatz, E., Smith, A. C., & Spinnewijn, F. (2020). Novel health systems service design checklist to improve healthcare access for marginalised, underserved communities in Europe. *BMJ Open*, 10(4), e035621. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035621>
- Loret de Mola López, E., Rivero Rivero, M., & Pino Maristán, D. (2012). La configuración curricular desde la atención a la diversidad en el proceso formativo universitario. *Humanidades Médicas*, 12(3), 464-486.
- Ministerio de Sanidad. (2015). Estrategia Nacional de Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad.
- Ministerio de Sanidad. (2019). Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019—2023. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero., BOE-A-2008-12388 (2008).
- Read, C. Y., & Betancourt, D. M. P. (2016). Preparing Nursing Students as Leaders for Social
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales., BOE-A-2007-18770 28 (2007).
- Trillo, F., Area, M., Antonio, B., Antonio, B., Isabel, C., Manuel, C., Juan M, E., Preciosa, F., Carlinda, L., Carlos, M., Begoña, M., Antonio, M., Rosa Ma, M., Anabel, M., Ángeles, P., Mónica, P., & Laura, R. (2020). Repensando la educación superior (1a). Narcea.

Jornada de Doctorandos

Doctoral Workshop

AUTORES/AUTHORS:

Víctor Cantin Lahoz

TÍTULO/TITLE:

Patient reported outcomes (PRO) in the health of advanced chronic kidney disease (ACKD) according to renal replac

Objectives:

1. Describe the clinical characteristics of patients with ACKD at the Miguel Servet University Hospital in Zaragoza.
2. Evaluate the health-related quality of life (HRQoL) and analyze its changes based on the RRT received.
3. Check if the new HRQoL questionnaires make visible needs or alterations, not detected with the traditional questionnaires.
4. Analyze the gender role and the existing relationship with HRQL.

Methodology

Study design: observational, descriptive, cross-sectional study of HRQL and gender role coherence in patients with ACKD from the HUMS of Zaragoza over a period of 12 to 18 months.

Subjects: Total population attending consultations for ACKD, kidney transplantation and undergoing PD or HD nephrology treatment at the HUMS of Zaragoza. The maximum total population will be 200 patients

• Inclusion criteria:

- o All patients over 18 years of age.
- o Minimum follow-up of more than 3 months.
- o Adequate cognitive or linguistic ability to understand the purpose of the study and / or the questions on the rating scales.

• Exclusion criteria:

- o Different sector.
- o I do not want to participate.
- o Incomplete questionnaire.

Independent sociodemographic variables (to be filled in by the user): Date of birth

Sex: male or female

Height: cm

Weight: kg

BMI:

Level of education or studies

Work situation

ICC:

Toxic habits: qualitative

Variables and indicators of kidney disease

TRS:

Previous TRS:

Tº to:

ERC cause:

Number of income in the last year

Cardiovascular events, AMI or stroke

Survival and cause of death

Type of access

Vascular access:

FAV:

CVC:

Presence and number of complications

Peritoneal dialysis

Type of PD:

Presence and number of complications

Kidney transplant:

Type: alive or corpse

Previous transplants: yes / no

Presence and number of complications

General analytics:

o Kidney function:

o Albuminuria:

o Phosphorus:

o Potassium

o Hemoglobin:

o Glycosylated hemoglobin

Valuation instruments:

• PROMIS 29 (29 items)

• SF36 (36 items)

• Bem gender role questionnaire (12 items)

Descriptive analysis

For descriptive analysis, frequencies and percentages for qualitative variables and in quantitative central tendency (means or medians) and dispersion (standard deviation and percentiles). The normal distribution with Shapiro-Wilk.

The analysis will be completed with the construction of regression models, taking as independent variables those that present statistically significant differences in the contrasts. Significance level $p < 0.05$.

Expected results

Patients are expected 200 patients. Men will be more numerous than women and the average age will be high (over 65 years).

The quality of life domains will be reduced compared to the general population. According to therapies, hemodialysis will have worse quality of life figures compared to other RRT.

The PROMIS 29 questionnaire will show good validity and internal consistency and can be used as an alternative to SF36.

The gender role will show that people with an androgynous gender role (male and female) have a higher quality of life compared to the undifferentiated.

Discussion

The poor routine collection of HRQL measures and PROs in kidney patients in their initial phases (ACKD) and their evolution according to the different RRT such as HD, PD or RT and the differences according to gender role motivate to start this study.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía

1. Martínez A, Gorrioz JL, Bover J, Segura J, Cebollada J, Escalada J et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la ERC. *Nefrología* 2014;34(2):243-262.
2. De Francisco ALM, Otero A. Insuficiencia renal oculta: estudio EPIRCE. *Nefrología* 2005;25(Supl 4):66-71.
3. Sociedad española de nefrología. La enfermedad renal crónica en España 2018. SEN [Edición electrónica]. 2018;1-21. [Consultado el 30 Octubre de 2019]
4. Bardón Otero R, Martí i Moros A, Vila Paz M^ªL. Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). *Nefrología* 2008;Sup(3):53-56.
5. Arenas MD, Martín MA, Carrero JJ, Ruiz MT. La nefrología desde una perspectiva de género. *Nefrología* 2018;38(5):463-5.
6. Carrero JJ, Hecking M, Ulasi I, Sola L, Thomas B. Chronic kidney disease and Access to care: a global perspective. *Semin Nephrol* 2017;37:296-308.
7. Bem S. The measurement of psychological androgyny. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1974;42(2):155-162.
8. Carrillo A, Torres GA, Leal S, Hernández SM. Escalas para evaluar la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica avanzada: revisión integrativa. *Enferm nefrol* 2018;21(4):334-347.
9. Cella, D., Riley, W., Stone, A., Rothrock, N., Reeve, B., Yount, S., et al. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005–2008. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2010;63(11),1179–1194.
10. Veberne W, Das Z, Allegretti A, Hans Aj, Biessen W, Parra E, et al. Development of an international Estándard set of value-based outcomes measurement for patients with chronic kidney disease: a report of international consortium for health outcomes measurement (ICOHM) CKD working group. *AJKD* 2019;73(3):372-384.
11. Huang W, Rose JA, Bayliss MD, Baseman L, Butcher E et al. Adapting summary scores for the PROMIS 29 v2.0 for use among older adults with multiple chronic conditions. *Quality of life res* 2019;28(1):199-210.
12. Tang E, Ekundayo O, Peipert J, Edwards N, Bansal E, Richardson C, et al. Validation of PROMIS 29-57 item short forms among kidney transplant recipients. *Quality of life research*. 2019;28:815-827.

POSTER 4**AUTORES/AUTHORS:**

Isabel Muñoz

TÍTULO/TITLE:

Proyecto de educación para la salud: Grupos de apoyo para padres con hijos adolescentes.

Introducción.

La adolescencia es una etapa caracterizada por los cambios físicos y psicosociales que implica. Asimismo, la búsqueda de identidad e independencia que conlleva y la continua transformación de la sociedad y de las nuevas tecnologías, convierten este periodo en un desafío para sus progenitores. Por esta razón, fomentar su participación en programas de apoyo para padres con hijos adolescentes resulta un beneficio para ambos. Por un lado, ayuda a los padres y madres a reforzar y desarrollar conocimientos y habilidades para educar a sus hijos, y por el otro, disminuye los problemas emocionales y conductuales de los jóvenes.

Objetivo.

Diseñar un proyecto educativo dirigido a los padres, madres y tutores legales de los adolescentes de la Comunidad de Madrid, buscando promover conocimientos y conductas que les permitan educar y guiar a sus hijos adecuadamente durante esta etapa.

Metodología.

Se plantea un programa de educación para la salud dividido en cuatro sesiones de noventa minutos cada una, dirigidas por profesionales de enfermería. En cada sesión se abordarán dos temas encaminados a orientar a los padres y madres en el aprendizaje de estrategias efectivas para la educación de sus hijos durante la adolescencia.

Conclusiones.

Al estar formadas en educación sanitaria y promoción del autocuidado, la implicación de las enfermeras en este proyecto puede suponer un aumento de la difusión de los programas de apoyo para padres de adolescentes, la construcción de relaciones más sanas con los hijos y mayor número de participantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Marcia J, Josselson R. Eriksonian Personality Research and It's Implications for Psychotherapy. Journal of Personality [internet]. 2012 [Consultado: 24 marzo 2021]; 81 (6): 617- 629. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jopy.12014>
- Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente. who.int [internet]. 2020 [Consultado: 24 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Havighurst SS, Kehoe CE, Harley AE. Tuning in to teens: Improving parental responses to anger and reducing youth externalizing behavior problems. Journal of Adolescence [internet]. 2015 [Consultado: 26 febrero 2021]; 42: 148-158. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.04.005>
- Costa M, Faria L. Parenting and Parental Involvement in Secondary School: Focus Groups with Adolescents' Parents. Paidèia (Ribeirão Preto) [internet]. 2017 [Consultado: 4 marzo 2021]; 27 (67): 28- 36. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1982-43272767201704>
- Gavilán Martín D, Urrea Solano M. Diseño curricular e integración del ODS 4, educación de calidad, el ODS 5, igualdad de género, y

el ODS 10, reducción de las desigualdades, en la asignatura “Investigación en convivencia y conflictos”. En: Merma Molina G. Experiencias de integración de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en el diseño curricular universitario. 1ª ed. Barcelona: Editorial Graó; 2020 [Consultado: 3 marzo 2021]. 23- 48.

Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program as a Public Health Approach to Strengthening Parenting. *Journal of Family Psychology* [internet]. 2008 [Consultado: 15 Febrero 2021]; 22 (4): 506-517. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/23196304_Triple_P-Positive_Parenting_Program_as_a_Public_Health_Approach_to_Strengthening_Parenting

Garre-Baños N, Díaz- Agea JL Aprendizaje bidireccional y perfil pedagógico del facilitador en metodología de autoaprendizaje en entornos simulados (MAES). Un estudio cualitativo exploratorio. *Simulación Clínica* [internet]. 2020 [Consultado: 18 febrero 2021]; 2 (3): 106-132. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/simulacion/rsc-2020/rsc203c.pdf>

POSTER 5**AUTORES/AUTHORS:**

Paula Castuera Hernández

TÍTULO/TITLE:**CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA SOBRE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**

Las úlceras por presión son un problema en la actualidad de gran importancia que afecta al sistema sanitario y al paciente a nivel socioeconómico, personal, emocional y familiar (1). Por lo que se deben plantear una serie de cuestiones: ¿se realizan actividades de prevención?, ¿los pacientes reciben el tratamiento adecuado para su UPP?, ¿los profesionales están dotados de conocimientos para combatirlas? ... De esta última pregunta nace el interés de este estudio.

Investigaciones realizadas a profesionales de enfermería, han demostrado que el nivel de conocimiento es insuficiente. En cuanto a los alumnos, no se tiene suficiente información (2). Se realizará un estudio en la Escuela de Enfermería de Zamora y se comparará con el estudio realizado en la Universidad de Jaén.

Objetivos:

Medir el grado de conocimiento sobre UPP de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Zamora. Comparar los resultados obtenidos con el estudio realizado en la Universidad de Jaén. Valorar los ítems con mayor y menor número de puntuación. Indicar la influencia de los factores demográficos para adquirir dichos conocimientos.

Métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica tomando como referencias páginas web relacionadas con el tema principal, verificables, con acceso a su extensión gratuita y escritas en español. Los artículos usados se seleccionaron por su temática, interés, impacto y año de publicación.. A partir de la revisión, se realiza un estudio observacional descriptivo transversal a través de una encuesta validada, llamada PIPK (Pressure Injury Prevention Knowledge) (3), para medir el nivel de conocimiento sobre la prevención de las UPP. Se solicitó el consentimiento y aprobación de dichos autores para la utilización de esta.

El cuestionario consta de 2 secciones: La primera parte tiene siete variables demográficas (sexo, edad, curso académico, estudios previos sobre UPP, participación en jornadas, experiencias previas y percepción del nivel de conocimiento). La segunda, el formulario validado propiamente, con 31 preguntas que se responden con «verdadero», «falso» y «no sé»

La población que se va a estudiar son los alumnos de la Escuela de Enfermería de Zamora, sin hacer uso de ningún criterio de exclusión, ya que todos ellos fueron invitados a participar de manera voluntaria. En total son 234 estudiantes.

La valoración de los datos obtenidos, que dieron lugar a los resultados, se realizó a través de una tabla de cálculo Excel.

Posteriormente, se realizó una comparación de ambas universidades.

Resultados:

La muestra final es de 141 participantes, ya que no se obtuvo ningún cuestionario incompleto. La edad media es 21,4 \pm 4,1 (18-51), moda 20 y mediana 20,5.

La proporción según el sexo fue de 124 mujeres y 17 hombres y la participación de respuesta de cada curso fue bastante equitativa, siendo esta mayor en el caso de los alumnos de cuarto.

En cuanto a la participación en jornadas, el 42,1% había asistido a dichas actividades, en mayor medida, los del último curso.

Además, de los 59 participantes, se obtuvo que el 12% tenía estudios de TCAE, el 25% técnicos superiores, el 2% de terapia ocupacional y el 61% declaró que otros, sin especificar.

Los datos obtenidos en la encuesta fueron:

La puntuación máxima fue de 23,1, siendo el máximo 31. Índice de conocimiento (IC) de 74,6, pudiéndose observar que, a mayor curso, mayor número de aciertos.

En relación con el bajo grado de acierto, se debe destacar los ítems que tratan sobre el uso de venda y algodón para la redistribución de presión, los masajes en prominencias óseas con alcohol y colonias, cuando realizar la valoración completa de la piel, la protección de esta con ácidos grasos hiperoxigenados cuando hay humedad, la elevación del cabecero y el uso del roscó para aliviar la presión.

Aquellas preguntas con mayor número de acierto están relacionadas con la reevaluación del riesgo cuando cambia la situación

clínica, la evaluación del estado nutricional y de las zonas de mayor riesgo, la documentación en la historia clínica. el uso de colchones para el alivio de la presión y el tiempo que el paciente permanece sentado aumenta el riesgo de padecer UPP.

Discusión y conclusión:

Cumpliendo con los objetivos del estudio, los estudiantes de la Escuela de Enfermería de Zamora tienen un conocimiento moderado sobre la prevención de las UPP, ya que la puntuación máxima se encuentra dentro de los valores del aprobado.

Comparando ambos estudios se puede destacar que en Zamora se obtiene mayor puntuación, a mayor curso mejor resultado, la participación en jornadas y la experiencia previa actúa de refuerzo y, el sexo y la edad no influyen a la hora de adquirir conocimientos. Se coincide en que los ítems relacionados con la redistribución de la presión, la valoración completa de la piel, el uso de ácidos hiperoxigenados y el grado de elevación del cabecero; son los que menor número de aciertos tienen. Por lo que, se deben valorar todos ellos para poder incluirlos en las guías académicas o reforzarlos.

Y por último, es importante que los profesionales de enfermería tengan un conocimiento adecuado y actualizado sobre este tema, ya que son los principales encargados de la prevención, tratamiento y curación de las UPP.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Pérez López C, Soldevilla Agreda JJ. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en la población adulta en hospitales españoles: resultado del 5^a estudio nacional de 2017 [internet] 2019 abril [consultado 18 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://gerokomos.com/wp-content/uploads/2019/06/30-2-2019-076.pdf>
2. Rodríguez Renobato R, Esparza Acosta GR, González Flores S. Conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión [Internet]. Mayo 2017 [Consultado 22 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim174b.pdf>
3. López Franco MD, Parra-Anguita L, Comino-Sanz IM, Pancorbo Hidalgo PL. Development and psychometric properties of the Pressure Injury Prevention Knowledge questionnaire in Spanish nurses. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020, 17, 3063. DOI:10.3390/ijerph17093063

POSTER 6**AUTORES/AUTHORS:**

Paula Gutiérrez-Báez

TÍTULO/TITLE:

El papel de la enfermera en el manejo del sueño y descanso durante la hospitalización

Objetivos: identificar los factores que influyen en el sueño y descanso de los pacientes durante su hospitalización, evaluar el impacto de la falta de sueño sobre la patología y en la recuperación de la salud y establecer las intervenciones para mejorar dicho descanso.

Métodos: revisión bibliográfica con metodología sistemática sobre los factores que influyen en el descanso nocturno durante la hospitalización y la mejora de este desde el punto de vista de enfermería. Se organizan los conceptos claves de la pregunta clínica para identificar los términos de búsqueda: "hospitalization AND nursing care AND sleep/rest AND systematic review/practice guideline."

Se seleccionaron aquellos estudios que aportan un mayor nivel de evidencia: revisiones sistemáticas, metaanálisis, guías de práctica clínica, síntesis de evidencia. Los criterios de inclusión son: pacientes adultos hospitalizados mayores de 18 años, factores que influyen en el descanso nocturno en hospitalización e intervenciones y cuidados de enfermería. Los criterios de exclusión son pacientes pediátricos y adolescentes e intervenciones farmacológicas. Los límites de búsqueda establecidos son estudios con texto completo de libre acceso realizados en los últimos 5 años en inglés, castellano y portugués. El periodo de búsqueda fue del 1 de febrero de 2021 hasta el 28 de dicho mes. Se ha recurrido a bases de datos, metabuscadores y revistas enfermeras como PUBMED, CINAL, CUIDEN, Evidentia, TripDataBase, UpToDate, Cochrane Library, Biblioteca Virtual de Salud España, Epistemonikos, Dialnet, ENFISPO, SEPAR, etc.

Se realizó la lectura crítica mediante la plantilla CASPe (1) para las revisiones sistemáticas y metaanálisis y la plantilla AGREE (2) para las guías de práctica clínica. Se obtuvieron los grados de recomendación y niveles de evidencia siguiendo los criterios de Joanna Briggs Institute (3).

Resultados: en una primera búsqueda, se seleccionan 1710 artículos. Se obtienen como válidos 151 artículos por título y, tras leer el resumen, se mantienen 79 de ellos. Se realiza la lectura crítica y se obtienen finalmente 12 artículos, los cuales son revisiones sistemáticas, síntesis de evidencia, una revisión integradora y una guía de práctica clínica.

La falta de sueño durante la hospitalización puede acarrear ciertas consecuencias que pueden agravar su proceso. Entre sus efectos se encuentran alteraciones de la función respiratoria, aumento del nivel de nerviosismo y ansiedad, reducción del umbral del dolor, alteraciones del metabolismo de la glucosa y deterioro de la función inmunitaria (4). Este déficit de sueño puede verse influenciado por una serie de factores, entre los que caben destacar factores ambientales como los ruidos, temperatura, iluminación, disposición del mobiliario, interrupciones del personal; los factores psicológicos, los cuales abarcan los sentimientos del paciente así como sus percepciones como la falta de privacidad o de atención. En un tercer lugar se encontrarían los factores sociales, incluyendo en esta categoría la ruptura con el status y el entorno social habitual y, finalmente, los factores fisiológicos, aquellos relacionados con los síntomas de la enfermedad y lo que producen en el paciente como limitaciones de movilidad o en la realización de actividades básicas de la vida diaria (5). La mayoría de los autores proponen ante este problema distintas intervenciones no farmacológicas para mejorar la situación. Entre los recursos ambientales se encuentran ajustar una temperatura baja en la habitación, disminución o agrupación de las actividades de enfermería en una sola visita, modificar horarios de administración de medicación, reducción de ruido nocturno mediante uso de tapones (6), control de monitores y otros dispositivos con sonido, uso de sistemas de detección de niveles de ruido (7), cierre de las puertas de las habitaciones, y disminución de la luz ambiental. Esta última, se puede ver favorecida por el uso de antifaz, apagado de luces que no sean estrictamente necesarias o el uso de linternas (8,9). Por otro lado, las intervenciones internas son aquellas que le proporcionan un estado de calma al paciente como son musicoterapia (10), terapias de aromaterapia, relajación muscular, acupresión/acupuntura, exposición a luz natural diurna y máquinas de "ruido blanco" (9,11).

Discusión: cuando esta situación aparece, lo primero que se debe hacer es una correcta identificación del problema y valoración del paciente desde un punto de vista holístico. Se propone como intervención idónea la combinación de medidas ambientales como internas. Este conjunto muestra un alto nivel de evidencia, aunque siempre hay que valorar tanto el coste-beneficio como la viabilidad de su realización. No obstante, antes de realizar cualquier actividad, debemos tener en cuenta los componentes psicosociales del paciente, sus necesidades y preferencias. A mayores, es necesario empoderar a las enfermeras en este tema. De esta manera, tendrían que modificar su dinámica de trabajo, integrando las intervenciones del sueño dentro del plan de cuidados, estableciendo protocolos de higiene del sueño y promoviendo la educación sanitaria tanto a pacientes como profesionales.

La autora declara que no existen conflictos de interés en relación con esta revisión.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cabello JB. Plantilla para ayudarte entender una Revisión Sistemática [Internet]. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p. 13-17. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>
2. AGREE Next Steps Consortium. Instrumento AGREE II [Internet]. Ontario, Canadá: AGREE Research Trust; 2009 [citado 15 marzo 2021]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/spanish-agree-ii.pdf>
3. Grupo de trabajo Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. JBI Levels of Evidence [Internet]. Australia: Joanna Briggs Institute; 2013 [citado 15 marzo 2021]. Disponible: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
4. Auckley D, Benca R, Eichler AF. Poor sleep in the hospital: contributing factors and interventions. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [citado 4 abril 2021]
5. Dalla Lana L, Stumpf Mittmann P, Isdra Moszkowicz C, Chaves Pereira C. Los factores estresantes en pacientes adultos internados en unidad de cuidados intensivos: una revisión integradora. Enferm Global –Esp- [Internet]. 2018 [citado 4 abril 2021]; (52): 580-90. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/63859/1/document%20%2810%29.pdf>
6. Locihová H, Axmann K, Padysakova H, Fejfar J. Effect of the use of earplugs and eye mask on the quality of sleep in intensive care patients: a systematic review. J Sleep Res [Internet]. 2017 [citado 6 abril 2021]; 27 (3): e12607.
7. Garside J, Stephenson J, Curtis H, Morrell M, Dearnley C, Astin F. Are noise reduction interventions effective in adult Ward settings? A systematic review and meta analysis. Appl Nurs Res. 2018; 44: 6-17.
8. DuBose JR, Hadi K. Improving inpatient environments to support patient sleep. Int J Qual Health Care [Internet]. 2016 [citado 5 abril 2021]; 28 (5): 540-53.
9. Miller MA, Renn BN, Chu F, Torrence N. Sleepless in the hospital: A systematic review of non-pharmacological sleep. Gen Hosp Psychiatry. 2019; 59: 58-66.
10. Shaw R. Using music to promote sleep for hospitalized adults. Am J Crit Care. 2016; 25 (2): 181- 4.
11. Bellon F, Mora-Noya V, Pastells- Peiró R, Abad- Corpa E, Gea-Sánchez M, Moreno-Casbas T. The efficacy of nursing interventions on sleep quality in hospitalized patients: A systematic review of randomized controlled trials. Int J Nurs Stud. 2021; 115: 103855.

POSTER 7**AUTORES/AUTHORS:**

María López Cabrejas, Laura Larena Fernández, Nieves Gasca Roche, Iria Quintela Sánchez, Tania Fernández Merino

TÍTULO/TITLE:

VALORACIÓN DE NECESIDADES DE CUIDADOS EN NIÑOS CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA TRATADOS CON HIPOTERMIA TERAPÉUTICA.

OBJETIVOS:

- Conocer y valorar las necesidades de cuidados de enfermería que precisan los niños con encefalopatía hipóxico - isquémica (EHI) moderada – severa tratados con hipotermia, en las diferentes etapas de su desarrollo.
- Diseñar estrategias de cuidados respecto a estas necesidades tanto para los niños como sus padres o cuidadores.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo observacional longitudinal retrospectivo mediante revisión de historia clínica, que se lleva a cabo desde diciembre de 2020 a abril de 2022.

La población a estudio son los recién nacidos (RN) con EHI moderada-severa que recibieron tratamiento con hipotermia en la UCI neonatal del Hospital Universitario Materno Infantil Miguel Servet entre 2014 y 2017, estimándose una población de 45 niños, según registro del hospital.

Se estudiarán variables sociodemográficas de los niños y sus padres: edad de ambos progenitores, tipo de gestación, número de partos, abortos e hijos vivos. Sexo del niño, peso al nacer en gramos y edad gestacional. Si el parto ha tenido lugar en el mismo centro o el niño ha sido trasladado desde otro, qué tipo de centro era.

En cuanto al RN, la gravedad de la EHI según la escala de García-Allix, causa de la EHI, evaluación del desarrollo psicomotor, secuelas desarrolladas (parálisis cerebral, alteraciones visuales, auditivas, de la deglución, del lenguaje, crisis epilépticas), necesidades de cuidados durante el periodo a estudio (oxigenación, alimentación, eliminación, movilidad e integridad cutáneas) y fecha de fallecimiento en su caso.

Número de visitas a consultas especializadas del centro, episodios en urgencias y número de ingresos en hospitalización al año. Escolarización y fecha en la que se inicia, tipo de centro al que acude y existencia de apoyo extraordinario profesional a la familia.

La escala de García-Allix es la empleada por los pediatras del centro para establecer la gravedad de la EHI, que se gradúa en: severa, moderada y leve. En este centro a todos los niños con diagnóstico de EHI severa-moderada se les aplica hipotermia terapéutica, ya que está estudiado que la protección neurológica en las primeras 72 horas de vida pueden determinar el desarrollo psicomotor posterior del niño.

Se realizará un análisis estadístico de las variables recogidas, describiendo las cuantitativas con medias y desviación típica, así como medianas en su caso y las cualitativas en porcentajes y frecuencias. Se empleará el programa de cálculo estadístico Jamovi.

Para la realización de este estudio se ha seguido la ley de protección de datos personales y garantía de derechos digitales de 3 de diciembre de 2018, así como los aspectos relativos a las buenas prácticas. Se presentó al Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) obteniendo un informe favorable (PI21/190).

La introducción de los datos de la población a estudio se realizará de forma confidencial, y se seudonimizará, asignando a cada uno de los participantes un código alfanumérico, que sólo los investigadores principales podrán relacionar con el paciente a estudio. Además, se elaboró una hoja de información y un consentimiento informado acerca del proyecto, ambos se entregarán durante la visita de los participantes a la consulta.

Este proyecto no tiene financiación.

IMPORTANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

La encefalopatía hipóxico – isquémica (EHI) representa la 5ª causa de mortalidad a nivel mundial entre los niños menores de 5 años, con una incidencia estimada de 1 – 1,5 por cada 1000 nacidos vivos, de entre los cuales, hasta el 25% sufrirán secuelas neurológicas a largo plazo, tales como discapacidad motora, retraso en el desarrollo o convulsiones, entre otras.

En la actualidad, la hipotermia activa se presenta como la primera línea terapéutica de la EHI moderada o grave, ya que varios estudios han demostrado que reduce la morbimortalidad y disminuye el grado de discapacidad o afectación del neurodesarrollo de los pacientes a los 18 meses de vida. Esta se incorporó a finales de 2013, como parte de la práctica clínica habitual, en el HUMS-MI de Zaragoza, centro de referencia de la comunidad autónoma de Aragón, la Rioja y Soria.

En España, se realiza un seguimiento tras el alta hospitalaria de estos niños hasta los 6 años de edad, ya que la mayoría de las secuelas cognitivas y/o conductuales se detectan en ese periodo. Conocer la prevalencia de las mismas permite desarrollar estrategias de cuidados de enfermería, dirigidas tanto a padres como a niños, que mejoren la calidad de vida de ambos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Jonusas SF, Satragno D, Turconi EL, Goldsmit G, Rubio C, Colantonio G, et al. Recommendation for therapeutic hypothermia in newborns with hypoxic-ischemic encephalopathy. Arch Argent Pediatr. 2017;115(3):S38–52.
2. Blanco D, García-Alix A, Valverde E, Tenorio V, Vento M, Cabañas F. Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico- isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. An Pediatr [Internet]. 2011 [cited 2021 Jan 31];75(5):341.e1-341.e20. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S169540331100381>
3. Martínez-Biarge M, Blanco D, García-Alix A, Salas S. Seguimiento de los recién nacidos con encefalopatía hipóxico-isquémica. An Pediatr [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2020 Dec 15];81(1):52.e1-52.e14. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-seguimiento-recien-nacidos-con-encefalopatia-articulo-S1695403313003330>
4. Chiang MC, Jong YJ, Lin CH. Therapeutic hypothermia for neonates with hypoxic ischemic encephalopathy. Pediatr Neonatol [Internet]. 2017;58(6):475–83. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2016.11.001>
5. Garcia-Alix A, Arnaez J, Herranz-Rubia N, Alarcón A, Arca G, Valverde E, et al. Ten years since the introduction of therapeutic hypothermia in neonates with perinatal hypoxic-ischaemic encephalopathy in Spain. Neurologia [Internet]. 2020; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.05.017>
6. Natarajan G, Laptok A, Shankaran S. Therapeutic Hypothermia : How Can We Optimize This Therapy. Clin Perinatol. 2019;45(2):241–55.
7. Arnaez J, Herranz-Rubia N, Garcia-Alix A, ESP-EHI G de trabajo. Holistic approach of the care of the infant with hypoxic-ischaemic encephalopathy in Spain. An Pediatr [Internet]. 2020 May 1 [cited 2020 Dec 15];92(5):286–96. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-atencion-integral-del- neonato-con-articulo-S1695403319302048>
8. Solaz-García AJ, Sáenz-González P, Borrás Vañó MJ, Montejano-Lozoya R. Nursing care in therapeutic hypothermia in neonates with hypoxic-ischaemic encephalopathy. Review of the literature. Enferm Intensiva. 2020;
9. Natarajan G, Pappas A, Shankaran S. Outcomes in childhood following therapeutic hypothermia for neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE). Semin Perinatol. 2016;40(8):549–55.
10. Murden S, Borbélyová V, Laštáková Z, Mysliveček J, Otáhal J, Riljak V. Gender differences involved in the pathophysiology of the perinatal hypoxic-ischemic damage. Physiol Res. 2019;68(Giussani 2016):S207–17.

POSTER 8**AUTORES/AUTHORS:**

Nieves Gasca Roche, Iria Quintela Sánchez, Tania Fernández Merino, María López Cabrejas, Laura Larena Fernández

TÍTULO/TITLE:

VENOPUNCIÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS MEDIANTE MÉTODO DE DISTRACCIÓN CON APEGO KOALA. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO.

OBJETIVOS

Valorar y comparar el dolor y estrés del niño durante la punción venosa mediante método de Distracción con Apego Koala (DAK) y método tradicional, y relacionarlos con el nivel de ansiedad percibido por su acompañante.

MÉTODO

Diseño, sujetos, ámbito y periodo de estudio: Ensayo clínico aleatorio simple ciego con un tamaño muestral de 220 niños (3-4 años) distribuidos en dos grupos homogéneos y que precisen punción venosa (diagnóstica/terapéutica) en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil Universitario Miguel Servet de Zaragoza desde 1/06/2021 hasta 31/05/2022.

Variables, instrumentos y descripción del estudio: En el grupo control (n=110) se realizará la punción venosa tradicional colocando al niño en decúbito supino sobre la camilla con la extremidad a puncionar en declive. En el grupo intervención (n=110) se aplicará el método DAK donde el adulto sujetará al niño simulando un abrazo. Un profesional se encargará de inmovilizar la extremidad elegida, y la enfermera realizará la venopunción. Para la valoración del dolor, antes y durante la técnica, se utilizará la escala Face, Legs, Activity and Consolability obteniendo una valoración de dolor máximo, grave, moderado, leve o ausencia. Para la valoración del estrés en el niño, previo y durante la técnica, se utilizará la Groningen Distress Scale que valora 3 ítems: estado del niño, tensión muscular y llanto, clasificándolos en 5 grados de menor a mayor estrés. Para la valoración de la ansiedad percibida del acompañante, se utilizará el cuestionario The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) clasificándola en percentiles según edad y sexo. En ambos grupos, un observador entrenado valorará el dolor y estrés del niño previo y durante la técnica, y el acompañante el cuestionario STAI. Los participantes en el estudio deberán leer la hoja de información y firmar el consentimiento. Los pacientes oncológicos portadores de reservorio subcutáneo, los diagnosticados con retraso psicomotor o con patología que implique alteraciones en el umbral del dolor, los catalogados como "mínima espera" o nivel I y II en triaje, con barrera lingüística, con administración previa de fármacos analgésicos/sedantes/relajantes y sometidos a punción venosa inferior a 24 horas, serán excluidos. Las variables a registrar serán: edad, sexo, dolor y estrés del niño, previo y durante el procedimiento; edad, sexo y ansiedad percibida del acompañante, previa y durante la técnica; número de hijos del progenitor y grupo de estudio.

Aspectos éticos: La inclusión de los participantes será anónima, confidencial y codificada (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre; Declaración de Helsinki). El presente estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (C.P.-C.I.: PI21/218).

Análisis estadístico: Para el análisis descriptivo, las variables cualitativas se expresarán en porcentajes y frecuencias y, para las cuantitativas, se expondrá la media y la desviación estándar. Para la comparación de las variables descritas se utilizarán las pruebas paramétricas o no paramétricas dependiendo de la homogeneidad de la varianza. Se utilizará el programa Jamovi® 1.2.7.

DISCUSIÓN

La técnica más frecuente en el Servicio de Urgencias Pediátricas es la venopunción siendo el procedimiento invasivo que causa más dolor y miedo y, consecuentemente más estrés en los niños. Esto puede reflejarse en crisis de angustia, las cuales influyen emocionalmente en los padres, generando ansiedad en los mismos.

Para el alivio del dolor se dispone de medidas farmacológicas y no farmacológicas, poseyendo estas últimas una baja incidencia de efectos adversos y siendo útiles también para el manejo de la ansiedad de los padres.

Por todo lo descrito anteriormente, resulta esencial la implantación de una técnica que contribuya a disminuir el estrés y el dolor en los niños, y la ansiedad de sus acompañantes durante la venopunción.

Palabras Clave: Flebotomía, dimensión del dolor, estrés psicológico, niño, escala de ansiedad ante pruebas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Thompson S, Ayers S, Pervilhac C, Mahoney L, Seddon P. The association of children's distress during venepuncture with parent and staff behaviours. *J Child Heal Care*. 2016;20(3):267-76.
2. García-Aracil N. Efectividad de medidas no farmacológicas para la disminución del dolor y la ansiedad durante la venopunción en

población pediátrica. 2016.

3. García-Aracil N, Ramos-Pichardo JD, Castejón-De la Encina ME, José-Alcaide L, Juliá-Sanchís R, Sanjuan-Quiles Á. Effectiveness of non-pharmacological measures for reducing pain and fear in children during venipuncture in the emergency department: Vibrating colder devices versus distraction. *Emergencias* [Internet]. 2018;30:182-5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6380390>
4. Pillai Riddell RR, Racine NM, Gennis HG, Turcotte K, Uman LS, Horton RE, et al. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(12):1-183.
5. Ali S, McGrath T, Drendel AL. An Evidence-Based Approach to Minimizing Acute Procedural Pain in the Emergency Department and Beyond. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. enero de 2016;32(1):36-42.
6. Saucedo-García JM, Valenzuela-Antelo JR, Valenzuela-Antelo JR, Maldonado-Durán JM. Estrés ante la venopunción en niños y adolescentes. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2006;63(3):169-77. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000300004&lng=es.
7. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene R. STAI. Cuestionario de Ansiedad Estad-Rasgo. Adaptación española de Seisdedos. 7a ed. Madrid: TEA Ediciones; 2008.

POSTER 10**AUTORES/AUTHORS:**

Raquel Rodríguez Baladón , Elisabeth Ferrándiz Díez

TÍTULO/TITLE:

Vivencia de los adolescentes en la recaída y/o progresión de su enfermedad oncológica

1. Objetivos:

1.1 Objetivo general: Conocer la vivencia de los adolescentes en la recaída y /o progresión de su enfermedad oncológica.

1.2 Objetivos específicos: Comprender el impacto que produce en los adolescentes la noticia de la progresión de la enfermedad

- Indagar qué cambios se producen en la dinámica y organización de la vida del adolescente a partir de la noticia de la progresión de la enfermedad.

- Explorar qué herramientas utilizan los adolescentes para combatir los factores estresantes, y qué información tienen para afrontar la situación.

- Conocer qué aspectos positivizan la vivencia de su enfermedad oncológica.

- Describir las intervenciones enfermeras a llevar a cabo en adolescentes en recaída y/o progresión de su enfermedad oncológica.

2. Metodología: Proyecto de investigación cualitativa, con enfoque fenomenológico constructivista.

2.1 Ámbito de estudio: Unidad de onco-hematología pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona durante el período del 14 junio del 2021 hasta el 23 diciembre del 2022.

2.2 Población de estudio: Adolescentes entre 12 y 19 años, diagnosticados de patología onco-hematológica, con recidiva o progresión de la enfermedad, en tratamiento actualmente en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Utilizaremos el muestreo opinático o por conveniencia. Se escogerán 10 informantes hasta llegar a la saturación de datos.

2.3 Recogida y análisis de datos: Se realizarán entrevistas individuales semiestructuradas en el "espai families" que serán grabadas y transcritas textualmente. Además, se anotará todo lo observado en un diario de campo y posteriormente se realizará el análisis de datos con el programa ATLAS-Ti 9, siguiendo el análisis de contenido temático.

3. Resultados esperados: A través del conocimiento de la experiencia se podrán desarrollar nuevas prácticas, para abordar las necesidades que presenten los adolescentes en todas sus esferas. También se podrá diseñar e implementar un plan de cuidados focalizado en el abordaje y acompañamiento en este proceso de alta complejidad.

4. Discusión: Una vez finalizado el proyecto y haberlo expuesto en el centro de referencia, se contempla poder difundirlo en la SEHOP y presentarlo en congresos como el que organiza PEDPAL. Así mismo, se procurará publicarlo en la Revista Journal of Pediatric Oncology Nursing, ya que posee un gran impacto a nivel internacional en la profesión de enfermería. Como línea de investigación futura se ofrecerá la posibilidad de proyectarlo en otros centros hospitalarios que cuenten con el servicio de oncología pediátrica.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Universidad de Valencia. Antecedentes del cáncer infantil. [Internet]. Uv.es: 2014. [Consultado 28 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.uv.es/rnti/pdfs/B1.04-Texto.pdf>

2. OMS: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2016 [actualizado 2021; consultado 28 Dic 2020]. Cáncer. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>

3. Iztueta Azkue, A. Educar a niños y niñas con cáncer. Guía para la familia y el profesorado. [Internet]. 2005. [Consultado 16 Nov 2020]. Disponible en:

https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/inn_doc_esc_inclusiva/es_def/adjuntos/escuela-inclusiva/100004c_Pub_EJ_guia_cancer_c.pdf

4. Sociedad española de hematología y oncología pediátrica. [Internet]. Valencia: [actualizado Nov 2020; Consultado 25 Nov 2020].

Disponible en: <http://www.sehop.org/>

5. Vera López, I. Gandarillas Grande, A. Díez-Gañán, L. Zorrilla Torras, B. Mortalidad por cáncer en niños y adolescentes de la Comunidad de Madrid, 1977-2001. *Anales de pediatría* [Internet]. 2005 [Consultado 18 Dic 2020]; 62(5): 420-426. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-mortalidad-por-cancer-ninos-adolescentes-articulo-13074615>
6. Carlo Egysto Cicero-Oneto, Guadalupe Mata-Valderrama y Edith Valdez-Martínez. La mortalidad en adolescentes con cáncer: características clínico- epidemiológicas de muerte y aspectos éticos emergentes. *Gac Med Mex* [Internet]. 2018 [Consultado 18 Dic 2020]; 154:8-15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2018/gm181b.pdf>
7. OMS: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2016 [actualizado 2020; consultado 20 Dic 2020]. Desarrollo en la adolescencia. Disponible en https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
8. Federación Española de Padres de Niños con Cáncer. Intervención psicosocial en adolescentes con cáncer Comisión de psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer. 1ª ed. Sant Viçens de Torelló: Federación Española de Padres de Niños con Cáncer; 2009.
9. Cadena Villa A, Castro Retamal G, Franklin de Martínez E. Vivencias y significados de adolescentes sobrevivientes al cáncer. *Ciencia Tecnología Sociedad*. 2014; 6 (10): 145- 163.
10. Primera noticia: claves para el profesional. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu: 2016.

POSTER 11**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Arcas Noguera

TÍTULO/TITLE:

Voces Virales: storytelling digital, mujeres y VIH a través del proyecto Podcast Positivos: Mujeres VIHvas

Cuatro décadas después de los primeros diagnósticos, las mujeres mantienen un papel secundario en la infección por el VIH y siguen siendo ignoradas en las políticas y estrategias que abordan la infección en la actualidad. Al mismo tiempo, la sociedad perpetúa el estigma y la discriminación.

Es necesario buscar constantemente nuevas herramientas para hacer frente a este fenómeno. El objetivo es explorar el potencial del storytelling digital como herramienta para desafiar la historia hegemónica en torno a las mujeres seropositivas mediante el análisis del proyecto Podcast Positivos: Mujeres VIHvas.

Para ello se llevó a cabo un estudio interpretativo mediante etnografía virtual, realizado durante 2020, analizando la narrativa de 8 episodios de podcast publicados en abierto en España en 2019 por la Coordinadora estatal de VIH y sida (CESIDA) y realizados por mujeres seropositivas. Se identificaron ejes semánticos, metáforas, palabras prohibidas y actos discursivos explícitos e implícitos que se agruparon en diferentes categorías de estudio.

En relación con las teorías feministas de la interseccionalidad, la performatividad y el cyborg, se discutió el uso del lenguaje, la voz y el papel de la escucha.

Se identificaron las siguientes categorías:

- El VIH como secreto parcial, en tensión entre el conocimiento y la aceptación pública según el lugar, el tiempo o la experiencia vital.
- Intersecciones que permiten categorizar el estigma externo (discriminación social y violencia) y el interno (miedo y sensación de carencia de poder).
- La encarnación del virus y el potencial de transformación a través de la voz de las protagonistas en una plataforma digital.

Investigar las voces y experiencias de las mujeres seropositivas nos permite llegar a las categorías construidas, las cargas simbólicas impuestas al cuerpo, los principales estigmas que rodean al VIH y el uso de la narración como estrategia terapéutica y de visibilización.

Capacitar a las personas que viven con el VIH para mejorar su bienestar emocional se ha convertido en una importante prioridad de salud pública y las herramientas e-Health, como el storytelling digital y el podcasting, podrían convertirse en una opción de enfoque accesible en el abordaje del estigma relacionado con la salud.

Este trabajo se basa en parte en el trabajo final del MSc in Gender Studies: Intersectionality and Change (Linköping University 2020) disponible en: <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1518400&dswid=-5357>

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Arcas Noguera, C. (2020). Viral Voices. Digital storytelling, women and HIV in Podcast Positivos: Mujeres VIHvas (Dissertation). Retrieved from <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1518400&dswid=-8859>

POSTER 13**AUTORES/AUTHORS:**

Daniel Susín López, Soledad Gómez-Escalonilla Lorenzo

TÍTULO/TITLE:

Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los pacientes de la Zona Básica de Salud (ZBS) de Torrijos

INTRODUCCIÓN: La enfermedad conocida como COVID-19 o "enfermedad del coronavirus", es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2. El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la categorizó como pandemia internacional, una situación que ha puesto a prueba el sistema sanitario de numerosos países. El gobierno español decretó el estado de alarma para gestionar la situación el 14 de marzo. El Real Decreto 463/2020 incluía severas medidas de confinamiento, cuarentena y aislamiento social.

La pandemia de COVID-19 puede causar una alta carga de problemas mentales y psicológicos en personas sin enfermedad mental o agravar las condiciones existentes, especialmente durante la cuarentena.

Nuestro estudio tiene como objetivo general evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 y del confinamiento en la salud mental de la población perteneciente a la Zona Básica de Salud (ZBS) de Torrijos, Toledo. Con ello, se contribuirá a aportar mayores datos sobre las consecuencias en la salud mental de esta población en dos momentos diferentes de la pandemia. Además, se va a realizar al menos un año tras el confinamiento, para poder evaluar posibles consecuencias a largo plazo en la salud mental.

Palabras claves: covid-19, SARS-CoV-2, mental health, pandemics, quarantine, depression, anxiety.

OBJETIVOS General: Evaluar impacto de la pandemia de Covid-19 y confinamiento en la salud mental de la población de la ZBS de Torrijos, Toledo.

Específicos: Describir las variables sociodemográficas de la población de la ZBS de Torrijos; Analizar el impacto de la pandemia de COVID-19 y confinamiento en la salud mental en esta población al año y dos años tras el confinamiento/primer estado de alarma; Identificar la situación de apoyo social percibido de esta población; Conocer las vivencias y experiencias de la población durante la pandemia de Covid-19 y el impacto de éstas en su vida diaria.

MÉTODOS Se trata de un estudio que se realizará desde una perspectiva mixta, con enfoque cualitativo y cuantitativo. Desde un aspecto cuantitativo se trata de un estudio analítico, observacional, longitudinal y prospectivo. Añadiendo la metodología cualitativa se pretende recoger las vivencias y experiencias de la población de Torrijos durante la etapa de confinamiento. Para ello, se llevarán a cabo entrevistas individuales y grupos de discusión que serán grabados, hasta conseguir la saturación de la información.

Participantes: Población estudio: pacientes pertenecientes a la ZBS Torrijos.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años; Con tarjeta sanitaria en la ZBS de Torrijos; Aceptación y firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Pacientes con deterioro cognitivo; Pacientes institucionalizados.

Parte cuantitativa:

-Cálculo tamaño muestral, error 5%, nivel de confianza 95%: muestra de 378 pacientes. Muestreo por conveniencia.

Parte cualitativa:

-Criterios de segmentación: Edad; Sexo; Ámbito residencia: rural, semi-rural, urbano; Acompañamiento durante el confinamiento; Situación laboral.

Variables de estudio (parte cuantitativa):

-Sociodemográficas: edad, sexo, localidad de residencia, estado civil, nivel de estudios, situación laboral.

-Relacionadas con COVID-19: haber estado confinado, haber padecido COVID, ingreso por COVID, percepción de la información recibida sobre la situación de alarma.

-Relacionados con la salud mental: Enfermedad de salud mental diagnosticada; cuestionarios validados en español: Ansiedad a través de la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7); Depresión a través del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9); Estrés con escala de estrés percibido (PSS).

-Para determinar el apoyo social percibido: Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC-11.

Recogida y análisis:

Parte cuantitativa: La recogida de estas variables se realizará mediante entrevista personal en agosto-octubre 2021 y en abril-julio

2022. Análisis de los datos utilizando SPSS versión 25.0. Significatividad estadística $p < 0,05$.

Parte cualitativa: Transcripción de grabaciones de las entrevistas, lectura y codificación utilizando el programa Atlas-Ti.

Se solicitará la autorización al Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de Toledo.

RELEVANCIA Con los resultados obtenidos, se podrá realizar una estimación del impacto real del confinamiento y de la pandemia del covid-19 en la salud mental de la población de la ZBS Torrijos. Con ello, se podrá realizar la planificación de actividades preventivas que fomenten una higiene mental y eviten la aparición de nuevas patologías mentales y el avance de las existentes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes*. 20 de enero de 2010; 8:8-8.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 22 de mayo de 2006;166(10):1092-7.
- Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients. *Psychosomatic Medicine*. 2001;63(4).
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. septiembre de 2001;16(9):606-13.
- Carrobes Isabel JA, Remor Bitencourt E. Versión española de la escala de estrés percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y estrés*. 2001;7(2):195-201.
- Remor E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*. 2006;9(1):86-93.
- Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención primaria*. 1996;18(4):153-63.
- Daly Z, Slemon A, Richardson CG, Salway T, McAuliffe C, Gadermann AM, et al. Associations between periods of COVID-19 quarantine and mental health in Canada. *Psychiatry Res*. 2020/12/05 ed. enero de 2021;295: 113631-113631.
- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun*. 2020/04/13 ed. julio de 2020; 87:40-8.
- Zhang J, Liu Y, Wang Q, Lei B, Xie Y, Yang L, et al. Mental Disorders, Fatigue, Perceived Event Impact, and Coping in Post-Illness Patients with COVID-19 within 1 Month after Discharge: A Case-Controlled Study. *SSRN Electronic Journal*. 1 de enero de 2020
- Becerra García JA, Giménez Ballesta G, Sánchez Gutiérrez SG, Barbeito Resa S, Calvo Calvo A. Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por COVID-19 en población general española Un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales. *Revista española de salud pública*. 2020; 94: e1-11.

POSTER 19

AUTORES/AUTHORS:

Leticia Sánchez Del Río, María Rosa Enamorado Sastre, Roberto González Juan, Luis Carnerero Peñalver, Candelas Laguna Peláez, Lourdes Cordovilla González, Ana López Nájera, María Margarita Báez Del Pozo, José Luis Rodríguez Carranza

TÍTULO/TITLE:

PROCESOS DIAGNÓSTICOS Y DE ESPECIAL SEGUIMIENTO FRECUENTES EN ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.

Objetivo: determinar el impacto de la pandemia COVID-19 asociado a los procesos asistenciales de diagnósticos más frecuentes y los servicios de especial seguimiento atendidos en las unidades medicalizadas de emergencia (UME) de Castilla y León.

Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo y comparativo en los periodos de enero a noviembre de 2019 y 2020. La población a estudio es la población de Castilla y León en el año 2019 (2.399.548 de personas) y en el año 2020 (2.394.918 de personas) (INE, 2019, 2020). La muestra está formada por los pacientes atendidos por las 23 UME. Variables a estudio: número intervenciones, cinco variables de servicios de especial seguimiento y 17 de procesos diagnósticos más frecuentes.

Aprobado por el Comité de Ética del Área de Salud de Ávila con registro GASAV/2021/13 y autorización de la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León para utilizar los datos mensuales publicados en los informes de situación.

Análisis estadístico: SPSS v26, test de Shapiro-Wilk variables paramétricas y no paramétricas descritas por media (ME) y desviación estándar (DE) y mediana (Me) y rangos intercuartílicos (RIC). Análisis de muestras relacionadas con T de Student y de correlaciones con test de Pearson y rho de Spearman

Resultados: Descriptivo: presentado en Me y RIC, primer valor año 2019 y segundo valor año 2020. Intervenciones Me 1113(RIC 727-2193)-Me 1017(RIC 647-2022). Servicios de especial seguimiento: síndrome coronario agudo (SCA) Me 39(RIC26-72)- Me 43(RIC 24-53), ICTUS Me 35(RIC 26-81)- Me 39(RIC 23-79), TCE grave Me 2(RIC 1-4)- Me 2(RIC 1-4), enfermedad traumática grave (ETG) Me 1(RIC 1-3)- 2Me (RIC 1-5) y PCR Me 12(RIC 4-21)- Me 8(RIC 5-12). Procesos diagnósticos más frecuentes: códigos V Me 19(RIC 9-37)-Me 18(RIC 10-42), complicaciones de la gestación parto y puerperio, Me 9(RIC 6-13)-Me 8(RIC 5-11) enfermedades infecciosas y parasitarias Me1(RIC 0-2)-Me 14(RIC 7-19), enfermedades del aparato circulatorio Me 219(147-393), enfermedades del aparato digestivo Me 19(RIC 12-33)-Me 15(1RIC 4-31), enfermedades del aparato genitourinario Me 5(RIC 3-6)-Me 4(RIC 2-6), enfermedades del aparato músculoesquelético, Me 10(RIC 6-14)-Me 7(RIC 3,14) enfermedades del aparato respiratorio Me 69(RIC 58-131)-Me 65(RIC 47-103), enfermedades del sistema nervioso Me 239(RIC 124-445)-Me 199(RIC 109-356) enfermedades endocrinometabólicas Me 25(RIC 11-38)-Me 20(RIC 10,29), exitus Me 45(RIC 24-72)-Me 43(RIC 22-83), intoxicaciones por agentes externos Me 31(RIC 16-61)-Me 16(RIC 33-47), neoplasias Me 1(RIC 0-2)-Me 1(RIC 0-2), no patología urgente Me 126(RIC 84-186)-Me 136(RIC 73-199), síntomas y signos mal definidos Me 116(RIC 75-187)-Me 104(RIC 72-182), trastornos mentales Me 133(RIC 54-263)-Me 114(RIC 50-226) y traumatismos Me 153(RIC 93-238)-Me 139(RIC 83-215).

Análítico: Todos los pares de variables estudiados presentan correlación mayoritariamente entre fuerte-perfecta > (0.75).

Comparando medias de muestras relacionadas de los pares de variables de especial seguimiento solo es significativo en la variable PCR (0.008) y no lo es en el resto SCA (0.358), ICTUS (0.896), TCE grave (0.295), ETG (0.310) En intervenciones y procesos diagnósticos más frecuentes presentan diferencias significativas con $p < 0,05$ con valores más altos en 2019 las variables: intervenciones (.000) y las de procesos diagnósticos más frecuentes: enfermedades del aparato circulatorio (.027) enfermedades del aparato respiratorio (.000), enfermedades del sistema nervioso (.000), enfermedades endocrinas, nutricional, metabolismo y trastornos inmunitarios (.001), síntomas, signos y estado mal definidos(.002) y traumatismos (.000) y la excepción con valores más altos en 2020 en la variable enfermedades infecciosas y parasitarias (.000).

Discusión: En las variables de grupos diagnósticos más frecuentes con los que cursa la patología covid-19 como enfermedades del aparato circulatorio, respiratorio neurológico, encontramos significativamente menos casos en pandemia, concordantes con el estudio de Rosa (1) . Al igual que enfermedades endocrinas, nutricional-metabólicas y trastornos inmunitarios, síntomas, signos y estados mal definidos y traumatismos. Enfermedades infecciosas y parasitarias es la única variable que aumenta en periodo pandémico, pudiendo deberse a la codificación de todos los procesos febriles que en momentos previos a la pandemia fueron poco observados o no buscados.

Los servicios de especial seguimiento no ofrecen diferencias significativas entre los años estudiados, encontrando otros estudios que sí muestran una disminución de casos en pandemia en ICTUS (2) (3) (4) en la ETG (5) y en la PCR (6) .El pequeño tamaño muestral junto con otros factores que pudiesen actuar como sesgo, hacen recomendable establecer series temporales previas y

posteriores a la pandemia para interpretar y establecer el comportamiento de las patologías más relevantes afectadas por el covid-19. Implicación en la práctica clínica: conocer el comportamiento de los procesos asistenciales más frecuentes tratados durante la pandemia puede mejorar la asistencia de emergencias en futuras situaciones.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. De Rosa S, Spaccarotella C, Basso C, Calabrò MP, Curcio A, Filardi PP, et al. Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era. *Eur Heart J*. 2020;41(22):2083–8.
2. White TG, Martinez G, Wang J, Gribko M, Boltyenkov A, Arora R, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Acute Ischemic Stroke Presentation, Treatment, and Outcomes. *Stroke Res Treat*. 2021;2021.
3. Velasco C, Wattai B, Buchle S, Richardson A, Padmanaban V, Morrison KJ, et al. Impact of COVID-19 Pandemic on the Incidence, Prehospital Evaluation, and Presentation of Ischemic Stroke at a Nonurban Comprehensive Stroke Center. *Stroke Res Treat*. 2021;2021.
4. Nagamine M, Chow DS, Chang PD, Boden-Albala B, Yu W, Soun JE. Impact of COVID-19 on Acute Stroke Presentation at a Comprehensive Stroke Center. *Front Neurol*. 2020;11(August):14–7.
5. Jarvis S, Salottolo K, Berg GM, Carrick M, Caiafa R, Hamilton D, et al. Examining emergency medical services' prehospital transport times for trauma patients during COVID-19. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2021;44:33–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.01.091>
6. Navalpotro-pascual JM, Pérez CF, Alfonso F, Vallejo P, Moya AC, Cuesta YM, et al. Actividad y asistencia a la parada cardiorrespiratoria en un servicio extrahospitalario de emergencias durante la pandemia COVID-19. *Emergencias*. 2021;33(2):100–6.

POSTER 20**AUTORES/AUTHORS:**

XAVIER DOMÈNECH MASCARÓ, MONTSERRAT PUIG LLOBET

TÍTULO/TITLE:

ESTRATEGIAS DEL GESTOR COVID PARA FAVORECER SU AUTOCUIDADO DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo ha sido describir las estrategias de autocuidado utilizadas por los gestores Covid en la gestión de la pandemia de la Covid-19. Describir que actividades o situaciones les ha facilitado fomentar su autocuidado.

MÉTODOS

Se trata de un estudio cualitativo basado en la fenomenología de Husserl. La población de estudio fueron gestores Covid de dos Centros de Atención Primaria de la localidad de Vilafranca del Penedés (Barcelona). Los criterios de inclusión fueron que al menos hubieran trabajado 6 meses como gestores Covid. El número de participantes fue hasta conseguir la saturación de la muestra. Las dimensiones del estudio fueron las estrategias de autocuidado en relación con el bienestar físico y emocional. Se realizaron entrevistas semiestructuradas. El análisis de la información se realizó mediante el análisis temático del contenido.

RESULTADOS

Se ha contado con una muestra de 10 gestores Covid, con edades comprendidas entre 24 y 56 años y una media de edad de 44,6 años. Han realizado estrategias de autocuidado relacionadas con las dos dimensiones. El bienestar físico y el bienestar emocional. Algunos ejemplos son realizar deporte, paseos por el campo o zonas verdes de su ciudad y gimnasia en casa, la lectura de libros, disfrutar de juegos de mesa y/o videojuegos, hacer recetas de cocina y trabajos de manualidades, mindfulness, entre otras que han detallado. Los participantes describen de gran utilidad los cursos formativos realizados.

DISCUSIÓN

Debido a un escenario nuevo y al mismo tiempo estremecedor, con impactos diarios negativos en medios de comunicación, como son índices de muertes y/o hospitalizaciones graves, los gestores Covid han necesitado un elevado grado de autocuidados, al igual que sus compañeros profesionales de la salud. Los cursos facilitados por la institución han facilitado a los gestores Covid obtener estrategias para su autocuidado. Esto refleja que realizar intervenciones formativas a los profesionales, en momentos clave, ayudan a poder afrontar y prevenir situaciones de estrés personal y laboral.

Las estrategias de autocuidado que describen los participantes les han ayudado a poder afrontar la jornada laboral y personal. Por otro lado, la relación de ayuda por parte de los diferentes profesionales de salud también han facilitado la adaptación a la situación. Implicación para la práctica: conocer las situaciones que afectan al autocuidado de los profesionales de los servicios de salud, ayudan a poder elaborar estrategias que fomenten su autocuidado para poder tener una mejor calidad de vida personal y laboral, y ello favorece una mejor implicación al usuario.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

POSTER 21**AUTORES/AUTHORS:**

María Jesús Hernández López, Esther Martínez Fernández, Domingo Vivancos Valera, Catalina María Martínez Saura, Olga Ros Bas, Marta Cortina Victoria, Juana Martínez Barqueros, Joaquín Moya Navarro, Lorena Hernández Martínez

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia de vacunación por COVID-19 en la población mayor de 80 años en la Zona Básica de Salud de Mazarrón.

OBJETIVO

La infección por SARS-COV-2 ha causado la propagación mundial de la pandemia por COVID-19, afectando a todos los grupos de edad, asociándose con mayor mortalidad por sus comorbilidades preexistentes en la población mayor de 80 años, siendo necesario una vacunación eficaz en este grupo de edad(1), realizada en la Región de Murcia por los centros de salud de Atención Primaria. El objetivo de este estudio es describir la prevalencia de vacunación por COVID-19 en la población mayor de 80 años en la Zona Básica de Salud (ZBS) de Mazarrón realizada por el personal de Enfermería.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 80 años, pertenecientes a la Zona Básica de Salud de Mazarrón, con una población formada por 953 sujetos con edades entre 80 y 103 años, con los que se contactó durante los meses de febrero a abril del 2021 para administrar la vacuna COVID-19. Se realizaron llamadas telefónicas por el personal de enfermería a todos los sujetos de la ZBS de Mazarrón, con un mínimo de 3 llamadas en pacientes no localizados. En la llamada se les preguntaba por el deseo de vacunarse o rechazo a la vacuna y sobre la posibilidad de desplazarse al centro por sus propios medios, en ambulancia o la necesidad de vacunación en domicilio, valorando el medio más adecuado, sobre todo en pacientes con episodio de "Inmovilizado" en el programa OMI-AP. Además, se resolvían dudas relacionadas con contraindicaciones de la vacuna en patologías o en el consumo de ciertos fármacos, tipo de vacuna administrada y efectos o posibles reacciones asociadas a su administración. Los datos obtenidos se analizaron con estadística descriptiva utilizando el programa SPSS.

RESULTADOS

El 86,99% de la población mayor de 80 años ha sido vacunado, el 9,65% no ha sido localizado y sólo el 3,36% ha rechazado la administración de la vacuna. Sólo el 10,91% de los pacientes mayores de 80 años presentaba episodio de Inmovilizado en el registro de OMI-AP, recibiendo la vacuna el 94,23% del total de pacientes inmovilizados, el 1,92 % no ha sido localizado y el 3,85% ha rechazado la vacuna. El 89,09% de los pacientes no tenían episodio abierto de inmovilizados, recibiendo la vacuna el 86,10% del total de pacientes sin episodio de inmovilizado, el 10,6% no han sido localizados y el 3,3% ha rechazado la vacuna.

El 93,12% de los mayores vacunados ha venido al centro por sus propios medios para administrar la vacuna, siendo el 7,86% pacientes con episodio de inmovilizado abierto y el 85,28% paciente sin episodio de inmovilizado. El 5,79% ha necesitado desplazamiento en ambulancia al centro, siendo el 3,62% pacientes con episodio de inmovilizado y el 2,17% sin episodio. El 1,09% de los pacientes ha sido vacunado en el domicilio, siendo el 0,36% pacientes con episodio de inmovilizados y el 0,72% pacientes sin episodio de inmovilizados.

CONCLUSIONES

Las intervenciones realizadas por el personal de enfermería relacionadas con la citación de los pacientes, informando sobre la vacuna y valorando las necesidades de los pacientes mayores de 80 años han sido efectivas en conseguir un elevado porcentaje de pacientes vacunados. Serían necesarios más estudios en otros grupos de edad con mayor población y en otras campañas de vacunación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Dhama K, Patel SK, Natesan S, Vora KS, Iqbal Yatoo M, Tiwari R, et al. COVID-19 in the elderly people and advances in vaccination approaches. *Hum Vaccines Immunother* [Internet]. 2020;16(12):2938–43. Available from: <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1842683>

POSTER 28**AUTORES/AUTHORS:**

María Concepción García Andrés, María Noelia García Hernández, María Pilar Peláez Alba, Ana María Perdomo Hernández, María Elisa de Castro Peraza

TÍTULO/TITLE:

Los roles de género estereotipados en el alumnado de enfermería

Objetivo: Evaluar el grado de adhesión de las alumnas de enfermería a los roles estereotipados de género, en la deseabilidad social de masculinidad, feminidad y androginia.

Métodos: Participantes: Se llevo a cabo en 31 estudiantes (100%), 29 (93%) mujeres y 2 (6,5%) hombres, con una edad media de 21,77 años de la Escuela Universitaria de Enfermería Ntra. Sra. de Candelaria. **Instrumento:** Se utilizó la versión traducida al castellano por Jayme y Sau (2004:83-84) del BSRI (Inventario de Roles Sexuales) de Bem (1974), que evalúa el grado de adhesión de las personas a los roles estereotipados de género, validado y ampliamente utilizado en población universitaria. Contiene tres escalas, cada una con 20 ítems, que miden: masculinidad, feminidad y deseabilidad social neutra (para ambos sexos).

Procedimiento: Se les pide que valoren en qué medida los 60 ítems son socialmente deseables para un hombre, una mujer o para ambos. Se analizar a través del cálculo y comparación de los valores medios de los ítems que componen el BSRI original. La deseabilidad social de cada característica se valora mediante una escala del 1 «nada deseable» al 7 «siempre deseable».

Resultados:

- Las alumnas puntúan más que la mediana para su edad y género en masculinidad, y menos en feminidad, justo al contrario que los hombres que puntúan más en feminidad y menos en masculinidad, lo que les clasifica en una deseabilidad del rol contrario a su sexo. En los ítems neutrales ambas alumnas/os aumentan las puntuaciones de Bem en 1974 (BSRI).

- Entre las tres puntuaciones más altas en ambos sexos existen coincidencias: En los ítems neutros los tres más valoradas por las alumnas son Feliz [15], Digno de confianza [21] y Sincero/a [33], igualmente las categorías femeninas Leal [17] y Dispuesto a consolar [35] son de las más puntuadas para ambos sexos, mientras que para los ítems masculinos sólo hay una coincidencia la categoría Analíticos [22].

Discusión: Estos resultados, confirman la teoría de S. Bem que plantea que los estereotipos de los roles no son estáticos, ya que desde 1974 que se validó el cuestionario van modificándose tanto para mujeres como para hombres, pero son importantes porque las estructuras que establecen roles, estereotipos y características orientan nuestras cogniciones, evaluaciones de la realidad y comportamientos. El género y el éxito académico son categorías performativas, de interés en la universidad ya que ambos conceptos son debidos a las dinámicas del entorno social que se reproducen en el académico. Según esta teoría la alumna/o construye su autoconcepto de género a través del género social percibido, conformado a partir de roles performativos (Bem, 1981:354-355; 1983:603).

Nuestro alumnado presenta un cambio importante identificándose con el rol que socialmente no se espera de ellos, clasificándose como más instrumentales las alumnas y los alumnos más expresivos, hecho que les puede ayudar a no limitarse a lo esperado para su sexo y les puede dar nuevas oportunidades, laborales y personales más exitosas. Existen diferentes marcos de significación que regulan lo que somos capaces de reconocer y nos limitan como personas y como estudiantes, conceptualizando la realidad desde una hegemonía genérica.

El aumento registrado en los ítems neutros para ambos sexos, les atribuye ser menos esquemáticos y más flexibles con identidades más igualitarias, como postula Bem (1981).

En el ámbito académico debemos ser cuidadosos utilizando estilos discursivos y conversacionales inclusivos, tratando el género como una pertenencia más en un sentido performativo (Arnot, David y Weiner, 1999). Si en el pensamiento influyen las producciones textuales de las personas, con los procesos de investigación participativa podemos acercarnos a la búsqueda de la igualdad de oportunidades (Berger y Ve, 2000), ayudar a lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, que considera la necesidad de incluir la perspectiva de género también en el entorno académico (Naciones Unidas, 2020) para una educación más inclusiva.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Arnot, M. David, M. y Weiner, G. (1999). Closing the gender gap: postwar education and challenges. *Compare*, 30 (3), 293-302.

- Bem, S. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (2), 155-162.
- Bem, S. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological review* 88 (4), 354-364.
- Bem, S. (1983). Gender schema theory and its implications for child development: Raising gender-aschematic children in a gender-schematic society. *Signs: Journal of women in culture and society*, 8 (4), 598-616.
- Berger, B. y Ve, H. (2000). *Action research for gender equity*. Buckingham: Open University Press.
- Jayme, María y Sau, Victoria (2004). *Psicología diferencial del sexo y el género* (2ª ed.). Barcelona: Icaria.
- Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe* (S.18-01141 No. S.18.II.G.22). Santiago. Retrieved from <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>

POSTER 29

AUTORES/AUTHORS:

Zuleika del Carmen González Ramos, Esperanza Zuriguel Pérez, Núria Albacar Riobóo, Lina Casadó Marín

TÍTULO/TITLE:

Las respuestas emocionales de las mujeres al interrumpir un embarazo por razones médicas

En la mayoría de los países del mundo, la única base para considerar la interrupción del embarazo es por razones médicas. Dependiendo de las circunstancias y determinantes de cada caso, las respuestas emocionales a este evento varían mucho.

1. El objetivo de este estudio es mapear las respuestas emocionales de las mujeres cuando su embarazo se interrumpe por razones médicas.
2. Métodos: Se realizó una scoping review. Esto cubrió todo tipo de estudios cualitativos y cuantitativos publicados en inglés o español desde 2014 que incluían relatos en primera persona de las necesidades emocionales de las mujeres cuando tenían una interrupción del embarazo por causa médica. Se realizó una búsqueda bibliográfica en cuatro bases de datos (Cinahl, Cochrane Library, PsycINFO y Pubmed) junto con una búsqueda manual adicional y una revisión de citas hacia atrás y hacia adelante de los estudios incluidos. Los datos se informaron en forma descriptiva y los resultados se agruparon según las características descriptivas del estudio y las emociones involucradas.
3. Resultados: El proceso de revisión resultó en la inclusión de treinta y cuatro estudios. Diecinueve de ellos siguieron un enfoque cualitativo y quince utilizaron metodología cuantitativa, siendo seis de ellos estudios de intervención. Las emociones encontradas iban desde la ansiedad y la depresión hasta la culpa y el agradecimiento, por lo que diversos autores destacaron la necesidad de mejorar la formación de los profesionales sanitarios que acudieron durante la interrupción del embarazo por motivos médicos.
4. Conclusiones: Los estudios disponibles no se pueden comparar dada la variedad de diseños. Las emociones predominantes subyacentes a la interrupción del embarazo por causas médicas fueron el estrés, la ansiedad y la depresión. La investigación futura debe llevarse a cabo utilizando muestras de participantes que cubran todas las causas de terminación por razones médicas en un contexto particular, de modo que se pueda diseñar una intervención que ayude a disminuir el impacto del proceso en la salud mental de las mujeres.

Los autores declaran que el estudio no posee conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Atienza-Carrasco, J., Linares-Abad, M., Padilla-Ruiz, M., Morales-Gil, I.M., 2020. Experiences and outcomes following diagnosis of congenital foetal anomaly and medical termination of pregnancy: a phenomenological study. *J. Clin. Nurs.* 29, 1220–1237. doi:10.1111/jocn.15162.
- Akdag Topal, C., Terzioglu, F., 2019. Assessment of depression, anxiety, and social support in the context of therapeutic abortion. *Perspect. Psychiatr. Care* 55, 618–623. doi:10.1111/ppc.12380.
- atrício, S., de, S., Gregório, V.R.P., Pereira, S.M., Costa, R., 2019. Fetal abnormality with possibility of legal termination: maternal dilemmas. *Rev. Bras. Enferm.* 72, 125–131. doi:10.1590/0034-7167-2018-0234.
- Qian, J., Yu, X., Sun, S., Zhou, X., Wu, M., Yang, M., 2019. Expressive writing for Chinese women with foetal abnormalities undergoing pregnancy termination: An interview study of women's perceptions. *Midwifery* 79. doi:10.1016/j.midw.2019.102548.
- Aktürk, Ü., Erci, B., 2019. The effect of watson's care model on anxiety, depression, and stress in Turkish women. *Nurs. Sci. Q.* 32, 127–134. doi:10.1177/0894318419826257.
- Kamranpour, B., Noroozi, M., Bahrami, M., 2019. Supportive needs of women who have experienced pregnancy termination due to fetal abnormalities: a qualitative study from the perspective of women, men and healthcare providers in Iran. *BMC Public Health* 19, 507. doi:10.1186/s12889-019-6851-9.
- Irani, M., Khadivzadeh, T., Nekah, S.M.A., Ebrahimipour, H., Tara, F., 2019. Emotional and cognitive experiences of pregnant women following prenatal diagnosis of fetal anomalies: a qualitative study in Iran. *Int. J. Community Based Nurs. Midwifery* 7, 22–31. doi:10.30476/IJCBNM.2019.40843.
- Kerns, J.L., Mengesha, B., McNamara, B.C., Cassidy, A., Pearlson, G., Kuppermann, M., 2018. Effect of counseling quality on anxiety, grief, and coping after second-trimester abortion for pregnancy complications. *Contraception* 97, 520–523. doi:10.1016/j.contraception.2018.02.007.
- Qin, C., Chen, W.-T., Deng, Y., Li, Y., Mi, C., Sun, L., Tang, S., 2019. Cognition, emotion, and behaviour in women undergoing

pregnancy termina- tion for foetal anomaly: A grounded theory analysis. *Midwifery* 68, 84–90.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.006>

Guy, B., 2018. I poems on abortion: Women's experiences with terminating their pregnancies for medical reasons. *Women's Reprod. Heal.* 5, 262–276. doi:10.1080/23293691.2018.1523115.

POSTER 32**AUTORES/AUTHORS:**

Alberto Ortiz López

TÍTULO/TITLE:

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

1- OBJETIVOS

Conocer la calidad del sueño de los estudiantes del Grado de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat.

2- MÉTODO

El estudio que se realizó es de tipo observacional descriptivo transversal: El tiempo de estudio comprendió los meses de marzo y abril de 2021, donde los estudiantes realizaron dos cuestionarios mediante un enlace web, el cual podían responder una única vez evitando así la alteración de los resultados.

3- INSTRUMENTOS

Cada uno de los estudiantes, tras verificar su conformidad en participar en el estudio, completó un pequeño cuestionario sociodemográfico ad hoc (hábitos de sueño, tóxicos, estilos de vida, etc.). Un segundo cuestionario que contenía la Escala de Somnolencia de Epworth y el Índice de Calidad de Pittsburg (PSQI).

4- RESULTADOS**CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO**

El estudio se realizó con una muestra incidental de 83 estudiantes de enfermería, 74 mujeres (89,2%) y 9 hombres (10,8%), con una edad media de 23,11 años. El rango de edad variaba entre los 18 a los 50, con una mediana de 22 años. En cuanto al resto de variables sociodemográficas, nuestra muestra se caracterizaba, en cuanto a estado civil, por ser personas solteras (92,8%).

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

Los datos reflejan que el 55,5% de los participantes tienen un nivel alto de somnolencia diurna, y que la suma de los estudiantes que tienen un nivel excesivo de somnolencia, en alguno de sus grados, llega al 18%.

Por lo tanto, el 73,5% de los participantes sufren de alguna manera somnolencia diurna.

ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURG

Siguiendo las pautas del PSQI, los participantes en los que el resultado sea igual o menor de 5 tienen una buena calidad de sueño, superando ese número se considera que la calidad del sueño es mala.

Realizando el PSQI a todos los participantes en nuestro estudio hemos obtenido unos datos que revelan que 44 (53%) de nuestros 83 alumnos tienen una calidad del sueño buena y 39 (47%) de ellos tiene una mala calidad del sueño.

El resultado medio del PSQI en nuestros participantes es de 5.9, dando así como resultado una mala, aunque ligera, calidad del sueño. El mayor número de estudiantes se mueven entre resultados de 3 y 5 (42,2%).

ANÁLISIS INFERENCIAL

En cuanto al análisis inferencial de los datos, en el que se ha analizado la posible relación entre las diferentes variables sociodemográficas y las puntuaciones obtenidas por los

participantes en las dos escalas incluidas en el estudio no se ha podido constatar diferencias estadísticamente significativas.

5- CONCLUSIONES

En primer lugar podemos afirmar que los datos que nos aporta la ESS demuestran que la mayoría de los estudiantes participantes en el estudio tienen algún nivel de somnolencia diurna, más de la mitad de ellos un nivel alto. Por ello, y basándonos en estos datos, podemos afirmar que la somnolencia diurna es un problema grave entre los estudiantes de nuestra Escuela.

La segunda de las escalas que formaron parte de este estudio fue la PSQI que mide la calidad del sueño agregando diferentes criterios. Los datos obtenidos reflejan que la calidad del sueño no es buena. En concreto, la puntuación media es de 5,9 siendo el valor 5 el punto de corte entre buena/mala calidad del sueño.

Es por ello, que si hablamos de una manera general se puede decir que los estudiantes no disfrutaban de una calidad de sueño satisfactoria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- 1- Johns MW. Epworth Sleepiness Scale - The Official Website of the Epworth Sleepiness Scale (ESS & ESS-CHAD) [Internet]. 2016 [citado 15 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://epworthsleepinessscale.com/>
- 2- Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989. Vol. 28.
- 3-Jimenez Carmen, Martin J, Sierra C. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: Importancia de la higiene de sueño. *Salud Ment* [Internet]. 2002;25(6):35-43. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17415%0Ahttps://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17415>
- 4- Jiménez-Genchi A, Monteverde-Maldonado E, Nenclares-Portocarrero A, Esquivel-Adame G, de la Vega-Pacheco A. Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gac Med Mex* [Internet]. 2008 [citado 7 de diciembre de 2020];144(6):491-6. Disponible en: www.anmm.org.mx

POSTER 33**AUTORES/AUTHORS:**

Manex Noble Irurueta, José Tomás Mateos García

TÍTULO/TITLE:

Docencia sobre cambio climático en los grados de Enfermería de las universidades españolas

Objetivo: Describir mediante un estudio transversal la formación impartida en materia de cambio climático en los grados de Enfermería de las universidades españolas en el curso escolar 2020/21.

Métodos: Es un estudio descriptivo transversal cuantitativo para el cual se ha realizado una lista de las universidades españolas que oferten el Grado en Enfermería, identificando las asignaturas de interés y el profesorado de dichas asignaturas para solicitar su participación en un cuestionario.

Resultados: Se han recolectado 43 respuestas de docentes de 33 universidades diferentes.

El 79,1% es favorable a pensar que la formación en cambio climático es necesario para la profesión de Enfermería, un 46,5% considera que los docentes no cuentan con los conocimientos para impartir sobre cambio climático y un 55,8 % estima necesario la inclusión de más contenido sobre cambio climático. El 44,2% opina que se debería establecer una asignatura con foco principal de cambio climático y las formas óptimas de enseñarlo mediante clases teóricas, seminarios y trabajos en grupo. El 30,2% se muestra neutral ante la posibilidad real de una asignatura sobre cambio climático en un futuro cercano. El 61,2% opina que haber sido formado en dicha materia impacta en la forma de ejercer en Enfermería. Los aspectos más obviados por las universidades sobre el impacto en la salud del cambio climático son la subida del nivel del mar, el aumento de las temperaturas, y la forma de producción de electricidad.

Discusión: El impacto del cambio climático en la salud está documentado, pero en el Grado en Enfermería su formación es incipiente a pesar de la voluntad de los docentes de incorporar más contenido. Las enfermeras tienen un papel fundamental como educadoras en salud para la población, promoviendo concienciación sobre los riesgos de la salud. La nueva Ley de Cambio Climático abre la posibilidad de un mayor protagonismo de las enfermeras en la acción frente a este problema de salud pública. Para ello, es necesario que cuenten con los conocimientos sobre cambio climático, lo que exige un desarrollo de formación reglada en este ámbito y capacitar a los y las docentes de las facultades de Enfermería.

Los autores del presente trabajo no declaran conflicto de interés alguno.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

The Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). Climate Change 2014: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Core Writing Team, R.K. Pachauri and L.A. Meyer (eds.)]. Ginebra: IPCC; 2015.

Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-karlsson S, Beagley J, Belesova K, et al. The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *Lancet*. 2020;6736(20):1-42.

Leffers J, Smith CM, Huffling K, Mcdermott-Levy R, Sattler B. Environmental Health in Nursing. Leffers J, Smith CM, Huffling K, Mcdermott-Levy R, Sattler B, editores. Alliance of Nurses for Healthy Environments; 2017.

Mcdermott-Levy R, Jackman-Murphy KP, Leffers JM, Jordan L. Integrating Climate Change Into Nursing Curricula. *Nurse Educ*. 2019;44(1):43-7.

Nicholas PK, Hon DHL, Breakey S. Climate Change, Climate Justice, and Environmental Health: Implications for the Nursing Profession. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(6):1-11.

Ley 7/2021, de 20 de mayo, de cambio climático y transición energética. Boletín Oficial del Estado, número 121, (21 de mayo de 2021).

POSTER 34**AUTORES/AUTHORS:**

DANIELA CELIA MONTESDEOCA RAMÍREZ, AROHA DEL CARMEN SANTIAGO DIAZ, CARMEN NIEVES HERNÁNDEZ FLORES

TÍTULO/TITLE:

La Enfermera Escolar. Una opinión del profesorado

OBJETIVOS

Conocer la opinión del profesorado sobre el rol de la enfermera escolar. Identificar la necesidad sentida, del profesorado, de contar con una enfermera escolar. Analizar las ventajas de contar con una enfermera escolar. Conocer cuáles son los factores determinantes que influyen sobre la implantación de la enfermera escolar.

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio descriptivo transversal, en el que se invitó a participar a 59 centros educativos ubicados en el noroeste de Gran Canaria (N=1.242). Se estimó, para un error del 5%, una muestra de 294. Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario ad-hoc, con la herramienta Google Forms, usando variables relacionadas con el objetivo de este trabajo: variables sociodemográficas, variables relacionadas con la estructura organizativa, actividades y necesidades específicas, nivel de conocimiento del profesorado en temas relacionados con la salud, y otras relacionadas con la opinión sobre las ventajas y desventajas de incorporar este profesional en el equipo educativo. El cuestionario se administró previo consentimiento informado de la dirección de cada centro educativo y tras disponer del dictamen del Comité de Ética e Investigación de referencia, con fecha del 27 de noviembre de 2019 (CEIm HUGC Dr. Negrín: 2019-448-1). La recogida de datos se realizó durante el mes de enero de 2020. El profesorado disponía de 15 días para responder a dicho cuestionario. En este periodo, se recordó la participación por e-mail y por teléfono. Los criterios de inclusión fueron: voluntariedad a participar en el estudio. Con los datos recogidos, se creó una base de datos con la que posteriormente se realizó un análisis global y descriptivo de la información recogida. Las variables categóricas se resumieron en frecuencias y porcentajes, las numéricas en medias y desviaciones estándar. Los porcentajes se compararon usando el test de Chi-cuadrado. Para comparar las medias se usó el t-test. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$. El paquete estadístico que se utilizó fue R.

RESULTADOS

Se contó con una participación del 40,5%. El 90,3% del profesorado ve necesario la necesidad de la enfermera escolar. Más del 70% del profesorado identifica como actividades propias de este profesional: administración de tratamientos médicos, educación sanitaria a toda la comunidad educativa, coordinación con el personal del centro en la vigilancia y seguimiento de patologías crónicas, así como diseñar programas de salud. El 35,8% opina que otra de las actividades es registrar todo el trabajo que lleva a cabo un servicio de salud. Para el 95,2% del profesorado, la enfermera escolar en los centros educativos, daría mayor seguridad a la hora de actuar ante una situación de emergencia con el alumnado. En este caso, el 74,5% no se siente preparado para ello, aunque más del 90% considera que no es su ámbito competencial. El 94,2% del profesorado no conoce, las ventajas de contar con este profesional en la escuela. Aunque un 67,4% considera que aportaría tranquilidad al profesorado, mejoraría la educación sanitaria y la promoción de la salud y contribuiría a mejorar la formación sanitaria del personal docente y no docente del centro, mejorando la salud del alumnado. Con respecto a los factores, considerados por el profesorado, que limitan su implantación destaca: elevado coste (69,4%), la institución no contempla su necesidad real (79%), rol indefinido de la enfermera escolar (96,8%), falta de coordinación entre sanidad y educación (98,7%), solapamiento con el rol de la enfermera del centro de salud (97,1%) y que la atención sanitaria solo se debe ofertar en centros sanitarios (100%).

DISCUSIÓN

Diversos autores(1-3), reflejan que la enfermera escolar contribuye a mejorar la salud del alumnado, así como la educación sanitaria del resto de comunidad educativa, dato similar al obtenido en nuestro estudio. El profesorado declara que este profesional generaría mayor confianza y seguridad, dato que coincide con otros autores (3-7), aunque esto contrasta con la indefinición del rol de este profesional, en la actualidad se contempla solo la presencia de la enfermera del centro de salud. Destaca la alta demanda asistencial referida (72,3%), en contraste con el obtenido por otros autores (7). La falta de formación en primeros auxilios (74,5%) coincide con la obtenida en otros estudios (8-10), este dato contrasta con la falta de interés en esta formación por estar relacionado con nivel competencial (90%). Diversos autores (11), defiende que la educación para la salud es responsabilidad de la enfermería comunitaria y consideran que tiene fundamento la especialidad de enfermería escolar. Otros autores (12), defienden la integración de una enfermera especializada en el ámbito escolar a tiempo completo, debido a la sobrecarga de trabajo en atención primaria. En el

contexto actual, de crisis socioeconómica y sanitaria, tal vez sería necesario potenciar la enfermera de atención primaria. Garantizando una atención de enfermería programada y mantenida en el tiempo, en la escuela, evitando la adhesión heterogénea actual, de los programas de EpS en este contexto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Encinar A. Enfermería Escolar. La situación hoy en día. Rev Enferm CyL [Internet]. 2015 [citado 18 julio 2021]; 7(1):56-61. Disponible en: <http://bit.ly/2UeDyW9>
2. Hanink E, Lina Rogers. The first School Nurse. Spearheading an intervention to keep kids in school. California: WorkingNurse.com [Internet]. 2011. [citado 23 julio de 2021]. Disponible en: <http://bit.ly/3a5q9Gw>
3. Fernández F, Rebolledo D, Velandia A. Salud Escolar, ¿Por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? Rev. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2006 [citado 2 de abril de 2021]; 11:21-28. Disponible en: <https://bit.ly/3syUFTd>
4. García L. Una mirada profesional sobre la enfermería escolar. Nuber Científ [Internet]. 2017. [citado 26 de julio 2021]; (21):44-9. Disponible en: <https://bit.ly/2ycu6M0>
5. Rodríguez J, Hernández A, Alarcón G, Infante N, Donate M, Gómez J. The Need for School Nursing in Spain: A Mixed Methods Study. Int J. Environ. Res. Public Health [Internet] 2018. [citado 26 de julio 2021]; 15(11):1- 11. Disponible en: <http://bit.ly/2U0O3NW>
6. Gómez M, López M. Experiencia de una residente de enfermería familiar y comunitaria en el proyecto de enfermería escolar de Cantabria. Nuber Científ [Internet]. 2016 [citado 16 de diciembre 2020]; 3(19):10-15. Disponible en: <http://bit.ly/2xPW8wb>
7. Díaz H, Arias M. Necesidad percibida del profesorado de Educación Infantil, Primaria y Secundaria sobre formación en salud e implantación de la figura de la enfermera escolar. 2018; Vol 21 (9): 5-12.
8. Alonso N, Campo M. Necesidad percibida de formación sanitaria de los profesores de Educación Primaria. Nuber Científ [Internet]. 2014.[citado 4 de mayo de 2021]; 2(13):25-31. Disponible en: <https://bit.ly/3gd7rSq>
9. Hernández J, Castro J. ¿Están los profesores de los centros escolares de la provincia de Las Palmas preparados ante situaciones de emergencias? Metas Enferm [Internet]. 2013 [citado 4 de mayo de 2021]; 16(7):70-75. Disponible en: <https://bit.ly/3mdB7Tq>
10. Gaintza Z, Velasco Z. Análisis del Grado de Formación en Primeros Auxilios del Profesorado en Activo de Educación Infantil y Primaria. Form. Univ. [Internet]; 2017 [citado el 13 de mayo de 2021]; 10 (2). Disponible en: <https://bit.ly/2AtKliR>
11. Martínez- Riera, J. Intervención comunitaria en la escuela. Estado de la cuestión. Rev. ROL Enf .2011;34 (1): 42-49.
12. Arancón C. Enfermera escolar «dextra» enfermera comunitaria. Rev ROL Enf. 2010; 33(1):28-29.

POSTER 35**AUTORES/AUTHORS:**

CRISTINA RIVERA CLEMENTE, LOURDES GONZALEZ TAPIAS, PATRICIA DELGADO DELGADO, JENNIFER GARCIA GONZALEZ, JULIA MARIA MARTINEZ CUESTA

TÍTULO/TITLE:

Pilotaje de salud física en enfermos con esquizofrenia en tratamiento con depot o clozapina en Centro de Salud Mental.

OBJETIVO

Monitorizar la salud física de los pacientes con esquizofrenia en tratamiento con depot y/o clozapina para detectar posibles patologías físicas relacionadas con la enfermedad mental y su tratamiento, especialmente, el riesgo cardiovascular.

MÉTODO

Se ha realizado una evaluación física a 75 pacientes del Centro de Salud Mental de Villaverde (Madrid), con asistencia regular al dispositivo, diagnosticados de esquizofrenia en tratamiento con monoterapia con clozapina o depot (palmitato de paliperidona, risperidona, y aripiprazol). Para ello se les ha medido la tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, talla, IMC y perímetro abdominal y se les ha extraído una analítica sanguínea completa. Con dichos datos se ha realizado un estudio descriptivo de prevalencia.

RESULTADOS

De los 75 individuos de estudio, 20 individuos cumplen criterios de hipertensión arterial (TA>140/90 mmHg), 38 pacientes cumplen criterios de obesidad (IMC>30), 8 pacientes presentan criterio diagnóstico de diabetes mellitus (hemoglobina glicada > 6,5%), 30 personas presentan hipercolesterolemia (colesterol total >200 mg/dl), y 25 individuos tendrían hipertrigliceridemia (triglicéridos séricos > 200 mg/dl).

Es decir, de la muestra de estudio, un 26 % presentaría hipertensión arterial, 49 % obesidad, 10 % diabetes mellitus, 40 % hipercolesterolemia y 33 % hipertrigliceridemia.

DISCUSIÓN

Es frecuente que las personas que padecen trastornos mentales graves sufran múltiples problemas de salud física debidos, entre otros motivos, a efectos de la medicación, estilos de vida poco saludables y a factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión, el tabaquismo o la obesidad. En los últimos años muchos estudios han resaltado la importancia de atender la salud física en personas con esquizofrenia, ya que presentan una mortalidad por complicaciones cardiovasculares de 2 a 4 veces mayor que la población general.

De este estudio se deduce que las personas con esquizofrenia presentan una prevalencia de enfermedades físicas más alta que la población general, además, esta comorbilidad física de las personas con esquizofrenia pasa frecuentemente inadvertida y por tanto hablamos de una falta de sensibilización y abordaje de esta problemática, por lo que en general presentan un elevado riesgo de no recibir los cuidados de salud adecuados.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la presencia de estas enfermedades somáticas contribuye también a ensombrecer el pronóstico del trastorno mental y dificultan su tratamiento y recuperación empeorando, por tanto, la calidad de vida.

Esta población tiene un menor acceso a los cuidados médicos, consumen menos cuidados y son peores cumplidores con los tratamientos que la población general. Sin embargo, poseen un vínculo importante con su enfermera de salud mental y para aprovecharlo, considero de vital importancia la elaboración de un programa específico para la detección precoz y seguimiento de problemas de salud física de personas con esquizofrenia desde el centro de salud mental para además, conseguir fomentar el autocuidado de la salud física en las personas con trastorno mental grave con el fin de aumentar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [monografía en Internet]* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [acceso 9 de enero de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=21C0CAC75280A4800E6BED6D06E83986?sequence=1

2. J. Sáiz Ruiz, J. Bobes García, J. Vallejo Ruiloba, J. Giner Ubago, M. P. García-Portilla González. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Españolas de Psiquiatría [revista en Internet]* 2008 [acceso 30 de enero de 2021]; 36(5): 251-264. Disponible en: https://www.1decada4.es/pluginfile.php/716/mod_label/intro/Consenso_salud_fisica.pdf

3. A. Arroyo González. Salud física de la persona con trastorno mental grave: sensibilización a los profesionales de atención primaria. Informaciones Psiquiátricas [revista en Internet]* 2018 [acceso 23 de enero de 2021]; 231: 67-83. Disponible en: <http://informacionespsiquiatricas.com/informe231/index.html#70/z>

POSTER 39**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen Amaia Ramírez Torres, Azucena Pedraz Marcos, Maria Loreto Maciá Soler, Felix Rivera Sanz

TÍTULO/TITLE:

Evaluación realista sobre la implantación del listado de verificación quirúrgica en un hospital de tercer nivel

Objetivo general: Evaluar de forma realista la situación actual del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) en un hospital de tercer nivel a través de sus profesionales. Objetivos específicos: (1) Analizar el contexto concreto de implantación y evaluación del LVQ dentro de un hospital de tercer nivel: cuándo, cómo y quién, a través de los mandos intermedios, (2) analizar la situación actual del sentimiento de cultura de seguridad del paciente en los profesionales del área quirúrgica, (3) evaluar las posibles relaciones que existen entre la cultura de seguridad del paciente, los indicadores de cirugía segura y, las estrategias de implantación y evaluación. Justificación: Este estudio permite evaluar el programa de implantación valorando los aspectos más positivos y negativos y creando resultados que guíen la toma de decisiones efectivas. Revisión de la literatura y marco conceptual/teórico: En 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló un programa llamado "Cirugía Segura, salva Vidas" cuya principal herramienta es el LVQ. El LVQ tiene su origen en la lista de comprobación que se desarrolla en la aviación para comprobar que todo es correcto antes de iniciar el despegue. La cultura organizativa en un área quirúrgica tiene una gran influencia sobre el éxito de implantación de cualquier herramienta de comunicación como es la LVQ y en el marco de la cultura organizacional, las teorías del comportamiento explican en gran medida el éxito o fracaso de planes de mejora, innovaciones etc. De hecho, se han encontrado estudios que revisan el marco de comportamiento dentro del área quirúrgica. Treadwell, en 2014, por su parte, sugirió tres conclusiones muy importantes para el planteamiento de este proyecto: la primera que la LVQ se implanta como una estrategia dentro de un programa, por tanto, los beneficios pueden no estar únicamente relacionados con su uso; en segundo lugar, es posible que no se este realizando una adecuada monitorización; y en tercer lugar refiere que existe la posibilidad de que no todas las LVQ sean beneficiosas. Metodología: Evaluación realista dividida en (0) Scoping review, (1) evaluación del contexto, (2) evaluación del mecanismo y (3) evaluación de los resultados. Resultados esperados: Se realizaron un total de 11 entrevistas con resultados relacionados con: significado de seguridad del paciente, significado de cultura de seguridad del paciente, percepción del grado de cultura de seguridad del paciente actual, percepción de las barreras y facilitadores que se encuentran, valoración de las acciones llevadas a cabo por el hospital y posibles sugerencias en la mejora de estas acciones. En el análisis del mecanismo nos encontramos con una baja participación de los profesionales que desempeñan la labor asistencial quirúrgica con 29 respuestas, de las cuáles 24 fueron pertenecientes al equipo de enfermería. Podemos establecer relaciones entre los servicios que mayor conciencia entorno a la cultura de seguridad del paciente y el porcentaje de cumplimentación del LVQ. Mientras que, aunque los resultados permiten establecer posibles hipótesis y futuras líneas de investigación con porcentaje de cumplimentación, mortalidad y reintervenciones no podemos concluir resultados significativos. Es necesario destacar que será de vital importancia genera cultura de seguridad del paciente si queremos mejorarla en el conjunto de la organización favoreciendo el uso de herramientas, este estudio demuestra además que las estrategias de preimplantación, implantación y evaluación y las políticas programadas en seguridad del paciente son efectivas en cuanto al uso de herramientas y la mejora de la cultura de seguridad del paciente organizacional.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: An overview of the global evidence. *Qual Saf Heal Care*. 2010;19(1):42-7.

World Health Organization. Más que palabras . Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Enero de 2009 [Internet]. WHO. 2009. p. 1-160. Disponible en:

http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

Gillespie BM, Marshall A. Implementation of safety checklists in surgery: a realist synthesis of evidence. *Implement Sci* [Internet]. 28 de diciembre de 2015 [citado 22 de enero de 2019];10(1):137. Disponible en: doi: 10.1186/s13012-015-0319-9.

Gillespie BM, Kang E, Harbeck E, Hons B, Nikolic K, Fairweather N, et al. Evaluation of a Brief Team Training Intervention in Surgery: A Mixed-Methods Study. *Assoc Regist Nurses* [Internet]. 2017;106(6):513-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.09.013>

28. Russ SJ, Sevdalis N, Moorthy K, Mayer EK, Rout S, Caris J, et al. Qualitative Evaluation of the Barriers and Facilitators Toward Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist Across Hospitals in England. *Ann Surg* [Internet]. enero de 2014 [citado 23 de

enero de 2019];00(00):81-91. Disponible en:

<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00000658-201501000-00014>

Ramírez Torres Ca, et al. A Scoping Review of Strategies Used to Implement the Surgical Safety Checklist. AORN Journal. Junio 2021. Disponible en: <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/aorn.13396>

Ramírez Torres CA, et al. Evaluación realista de la implantación del listado de verificación quirúrgica en un hospital de tercer nivel. NURE investigación. Junio 2021. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7961469>

POSTER 40**AUTORES/AUTHORS:**

MARIA MILAGROS AMUNDARAIN LEJARZA, AURORA OÑA GARCIA, LEIRE ORBE LIZUNDIA, VIOLETA SANCHEZ ESTEVEZ, ANA VALLADARES ALCOBENDAS

TÍTULO/TITLE:

Barreras y facilitadores en la implantación de la Guía de Buenas Prácticas Intervención en Crisis

Los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® (CCEC®), o BPSO® por sus siglas en inglés, son instituciones que acuerdan la aplicación sistemática de prácticas basadas en la evidencia científica. Esa aplicación se realiza mediante el programa de implantación de las Guías de Buenas Prácticas (GBP) desarrollado por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Esos documentos los desarrolla dicha asociación mediante el trabajo de grupos de expertos y revisiones quintanuales. Constan de unas recomendaciones generales basadas en la evidencia de la investigación en salud que se adaptan a los diferentes entornos de trabajo. Pueden ser clínicas o de entornos laborales saludables.

Para ayudar a llevar a cabo el Programa BPSO se usa la GBP de Herramienta de implantación de buenas prácticas (segunda edición) junto a la formación de los profesionales con un rol más activo en su desarrollo.

Tras la convocatoria pertinente para ser candidato a CCEC®, la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB) perteneciente al Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, se comprometió a implantar tres GBP en tres años. Entre las GBP seleccionadas se encuentra la GBP Intervención en Crisis (GBP IC).

En la RSMB se eligieron dos programas comunitarios, compuestos por un total de 5 dispositivos, para implantar la GBP IC: el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) de la Comarca Interior que atiende a personas con una enfermedad mental grave y el Programa de Primeros Episodios Psicóticos (PEP) que atiende a personas con un primer episodio psicótico.

La implantación de la guía de buenas prácticas de Intervención en Crisis en ambos programas requiere de una evaluación previa de las barreras y los facilitadores de la implantación. Tal y como señala la herramienta, tras la selección de la guía y el análisis de las partes interesadas, los profesionales evaluaron las barreras, y los facilitadores para la implantación de la GBP IC, así como, propusieron estrategias que ayudasen a superar las barreras.

OBJETIVOS:

- Identificar barreras que pueden afectar a la implantación de la Guía de Buenas Prácticas Intervención en Crisis (GBP IC).
- Proponer estrategias que ayuden a superar las barreras para la implantación de la GBP IC.
- Identificar facilitadores en la implantación de la GBP IC.

MÉTODOS:

El presente trabajo realizado en la Red de Salud Mental de Bizkaia fue dentro del contexto de implantación de la GBP durante la fase de delimitación de barreras y facilitadores del Programa BPSO, se siguió una metodología cualitativa y la metodología del programa de implantación de guías de buenas prácticas en los CCEC®. Participaron, 23 profesionales de ambos dispositivos a los cuales se les impartió la formación de capacitación de impulsores para implantar la guía. Posteriormente se realizó un ejercicio para evaluar aquellos aspectos que pudiesen ayudar o dificultar la implantación. Para la recogida de la información se usó como técnica el brainstorming a través de grupos dentro de los equipos en enero y febrero del 2021, con el fin de facilitar la expresión de ideas e identificar todos los elementos que forman el problema. La información se clasificó por elementos y tras el análisis de la misma, se formularon propuestas de estrategias para las barreras identificadas. La información se recogió de forma anonimizada y agregada.

RESULTADOS:

En relación a los resultados, los facilitadores que se encontraron fueron la comunicación constante dentro del equipo, la coordinación, la flexibilidad, contar con personal con experiencia, trabajo en equipo, equipo multidisciplinar, el conocer otras experiencias de implantación en el entorno, apoyo institucional, la actitud positiva de los profesionales etc.

Las barreras identificadas se relacionaron con la escasez de tiempo, la carga de trabajo, priorización de la asistencia, la dispersión geográfica, la resistencia al cambio, las creencias personales, la desconfianza, el vivirlo como una imposición, cambios habituales de profesionales, la sobrecarga de trabajo etc.

Por otro lado, entre las propuestas de estrategias para las barreras se encontraron: el reservar tiempo y espacio de encuentros, tener referentes externos, posibilidad de incentivos, establecer unos mínimos de consenso, contactar con equipos que hayan implantado guías, presentar la herramienta de manera atractiva, el completar jornadas, etc...

DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA:

Se aportaron numerosas barreras y facilitadores y a su vez diferentes estrategias para afrontar las barreras planteadas. Entre las principales dificultades de cara a la implantación destacaron la sobrecarga de trabajo y la falta de tiempo.

La evaluación de barreras y facilitadores ha sido fundamental de cara a plantear estrategias que permitan realizar una adecuada traslación de la evidencia a la práctica clínica.

Las autoras de este trabajo declaran que no poseen conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). Crisis Intervention for adults using a trauma-informed approach: Initial four weeks of management (3rd ed.). Toronto, ON: Author. [Intervención en crisis: abordaje del trauma en adultos en las cuatro primeras semanas (3ª ed.) Disponible en: https://www.bpsos.es/wp-content/uploads/2020/01/D0013_Intervencion_en_Crisis_2018.pdf

Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). Toronto, ON
Herramienta de implantación de buenas prácticas (2 es) Disponible en:
https://www.bpsos.es/wp-content/uploads/2020/03/D0041_Toolkit_2015.pdf

POSTER 41**AUTORES/AUTHORS:**

Carmen Devesa Pardo, Mónica Guijarrubia Antón

TÍTULO/TITLE:

Guía de cuidados centrados en la persona y familia: Plan de atención individualizado compartido en salud mental.

Objetivo

Evaluar la implantación del plan de atención individualizado compartido en la atención de personas con trastorno mental grave en hospitales de día de salud mental, como herramienta para la traslación de la evidencia de la guía “cuidados centrados en la persona y familia” dentro del programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®.

Métodos

Los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® (CCEC®) son instituciones con un compromiso explícito en la aplicación sistemática de prácticas basadas en los mejores resultados procedentes de la investigación en cuidados.

El presente trabajo sigue tanto una metodología observacional descriptiva como la metodología del programa de implantación de guías de buenas prácticas en los CCEC®

El plan de atención individualizado compartido (PAIc) está relacionado con la recomendación “2.2 Comprometerse con la persona en la creación de un modelo de toma de decisiones, respetando el derecho de la persona a elegir las intervenciones que prefiera para su salud” de la guía “cuidados centrados en la persona y familia” y se inició su implantación en el 2019 en 2 hospitales de día (HD) de salud mental de la Red de Salud Mental de Bizkaia.

Los 2 HD (Gernika y Las Arenas) pueden atender a 50 personas con trastorno mental grave. La implantación de la recomendación 2.2 se llevó a cabo mediante la incorporación de los pacientes en la toma de decisiones participando anualmente en la elaboración de su PAIc. Dicho plan incluye la evaluación de sus problemas, sus necesidades y sus prioridades, el establecimiento de objetivos y las actuaciones de forma consensuada entre el profesional y el paciente, de manera que se respete el derecho de la persona a decidir sobre su salud. El registro del PAIc se realiza en la historia clínica informatizada del paciente.

La implantación se evaluó mediante la variable de indicador de proceso “porcentaje de pacientes que participan en su plan de atención individualizado compartido” que se evalúa de forma semestral.

La extracción de los datos se realizó de forma anonimizada y agregada del indicador de proceso a través de la base de datos corporativa de Osakidetza en el 2019 y 2020. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos.

Resultados:

La evolución respecto al porcentaje de la medición basal de junio del 2019 hasta diciembre del 2020 de ambos dispositivos por semestres fue la siguiente:

En junio del 2019 ambos HD tenían un 0% de pacientes con PAIc, en los tres semestres posteriores el HD Las Arenas alcanzó un 100% y el HD Gernika un 78,30%, 91,30% y 83,33% respectivamente.

Se observa un alto porcentaje en la implantación del PAIc en ambos dispositivos llegando al 100% en la implantación en el caso del HD de Las Arenas.

Discusión e implicación para la práctica:

La implantación del PAIc usando la metodología del programa de los CCEC® favorece la traslación de la evidencia a la práctica clínica, consiguiendo unos resultados excelentes en relación al porcentaje de pacientes que participan en su PAIc.

Mediante la guía “cuidados centrados en la persona y familia” y la mejor evidencia científica disponible, se ha conseguido mejorar la práctica clínica incorporando el modelo de toma de decisiones compartida en los dos hospitales de día de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bibliografía: Registered Nurses' Association of Ontario. Person-and Family Centered Care. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. 2015.

POSTER 44**AUTORES/AUTHORS:**

Cristina Estebaranz Santamaría, Ana María Palmar Santos, Azucena Pedraz Marcos

TÍTULO/TITLE:

VALORACIÓN Y REANIMACIÓN DEL TRAUMA GRAVE: TRIGGERS DE TRANSFUSIÓN MASIVA

Introducción. Las lesiones traumáticas se han instaurado como un problema de salud pública durante las últimas décadas, dada su repercusión tanto en la mortalidad como en los años de vida perdidos, sobre todo en la población joven (1). Así mismo, el mecanismo lesional que desencadene el suceso traumático (2), la localización y el tipo de lesión repercutirá directamente sobre la gravedad (3); siendo fundamental la “reanimación de control de daños” para la prevención y resolución de este proceso tanto en la Emergencia Extrahospitalaria como en la Urgencia hospitalaria (4-6), donde destaca la estrategia de Transfusión Masiva (7-11). Ésta se inicia en función de factores y variables de diferente naturaleza, las cuales varían dependiendo de los protocolos y escalas empleadas durante toda la asistencia sanitaria (6).

Objetivos. El principal objetivo de este estudio fue analizar y relacionar factores y variables predictivas del trauma grave que requiere transfusión masiva en la emergencia extrahospitalaria y la urgencia hospitalaria. Además, otro de los objetivos fue identificar las características individuales, la valoración y el manejo del paciente en ambas áreas de atención sanitaria.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo observacional retrospectivo de cohortes en la Urgencia hospitalaria de un hospital terciario de Madrid, incluyendo también datos de su atención en la emergencia extrahospitalaria previa. Los pacientes incluidos fueron adultos que recibieron la transfusión masiva por causa traumática, definida como la petición a Banco de Sangre de ≥ 10 unidades de sangre (hematíes, plasma o plaquetas) en las primeras 24 horas ó ≥ 5 en 4 horas desde que tuvo lugar el suceso; entre el 1 de enero de 2009 y el 1 de enero de 2017.

Resultados. Fueron incluidos en el estudio 52 pacientes destinatarios de transfusión masiva, con una edad de 41.23 ± 16.06 años, administrándoles una media de 19.56 ± 12.77 unidades de sangre y con una mortalidad del 21.2%. Las variables analizadas a través de las cuales se establecieron los resultados fueron: características individuales y asociadas al traumatismo, la valoración clínico-analítica y la reanimación llevada a cabo tanto en la urgencia como en la emergencia, junto con las variables de tiempo y supervivencia.

Discusión e implicaciones. Dentro del trauma grave, los mecanismos lesionales más habituales por las que se recibe transfusión masiva son la precipitación y los accidentes de moto. Por otro lado, los triggers predictivos que identifican a un mayor número de pacientes destinatarios de transfusión masiva en nuestra muestra son $PAS < 110$, $FC > 105$, $INR > 1.5$, $Hb < 11$, $EB < -6$ y $TP > 15$. Dichas variables, presentan también repercusión sobre la transfusión masiva final y la supervivencia. Así mismo, el análisis de las mismas variables en los dos ámbitos de atención, la emergencia extrahospitalaria y la urgencia hospitalaria, favorece la correcta identificación de los triggers predictivos y alerta de factores de riesgo potenciales. Por tanto, el mecanismo lesional, las variables clínico-analíticas y las estrategias de reanimación tienen una influencia significativa en el paciente destinatario de transfusión masiva, por lo que su identificación precoz se considera fundamental para el manejo de calidad del paciente y abordar los factores evitables asociados a este proceso.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2018 [acceso 20 Ago 2018]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Injuries and violence. The facts. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2014 [acceso 8 Sept 2015] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149798/9789241508018_eng.pdf?sequence=1
3. Butcher NE, Balogh ZJ. Update on the definition of polytrauma. Eur J Trauma Emerg Surg. 2014; 40(2):107-11. Haas B, Gomez D, Zagorski B, Stukel TA, Rubinfeld GD, Nathens AB. Survival of the fittest: the hidden cost of under triage of major trauma. J Am Coll Surg. 2010; 211(6):804-11
4. Le Noël A, Mérat S, Ausset S, De Rudnicki S, Mion G. Le concept de damage control resuscitation. Annales Françaises

d'Anesthésie et de Réanimation. 2011; 30(9):665-78.

5. Ball CG. Damage control resuscitation: history, theory and technique. *Can J Surg*. 2014; 57(1):55-60.

6. Pohlman TH, Walsh M, Aversa J, Hutchison EM, Olsen KP, Reed RL. Damage control resuscitation. *Blood Reviews*. 2015; 29(4):251-62

7. Spinella P, Holcomb JB. Resuscitation and transfusion principles for traumatic hemorrhagic shock. *Blood Rev*. 2009; 23(6):231-40

8. Savage SA, Sumislawski JJ, Zarzaur BL, Dutton WP, Croce MA, Fabian TC. The new metric to define large-volume hemorrhage: results of a prospective study of the critical administration threshold. *J Trauma Acute Care Surg*. 2015; 78(2):224-9

9. Khan S, Allard S, Weaver A, Barber C, Davenport R, Brohi K. A major haemorrhage protocol improves the delivery of blood component therapy and reduces waste in trauma massive transfusion. *Injury, Int. J. Care Injured*. 2013; 4(5):587-92.

10. Estebananz Santamaría C, Palmar Santos AM, Pedraz Marcos A. Valoración y reanimación del trauma grave: triggers de transfusión masiva. *NURE Inv [Internet]*. 2017 [Acceso 8 Ago 2017]; 14(88). Disponible en:

<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1002>

11. Nakamura Y, Ishikura H, Kushimoto S, Kiyomic F, Katod H, Sasakie J, et al. Fibrinogen level on admission is a predictor for massive transfusion in patients with severe blunt trauma: Analyses of a retrospective multicentre observational study. *Injury*. 2017; 48(3):674-79

POSTER 46**AUTORES/AUTHORS:**

Rui Novais, Fátima Martins, Virginia Guedes

TÍTULO/TITLE:

Implicaciones en la familia del uso de ventilación mecánica no invasiva en el contexto domiciliario

Objetivos: Explorar y describir las implicaciones que el uso de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) tiene en la familia en contexto domiciliario.

Métodos: Estudio exploratorio, descriptivo de naturaleza cualitativa. Participaron cinco familiares de pacientes sometidos a VMNI. El instrumento de recogida de datos fue la entrevista semiestructurada. Para tratar todo el material recogido se recurrió al análisis de contenido preconizado por Bardin. Se tuvieron en cuenta los procedimientos éticos basados en la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo. El estudio fue aprobado por el Subcomité de Ética para las Ciencias de la Vida y la Salud de la Universidade do Minho.

Resultados: Las familias son en su mayoría nucleares y de clase media. A partir de los datos obtenidos, se establecieron tres categorías: i) Desajuste familiar; ii) Beneficios; iii) Proceso familiar.

El desajuste familiar representa una desregulación en la familia, u otros elementos, del usuario del ventilador. Los beneficios traducen los aspectos positivos para la familia u otros relacionados con el uso de la VMNI. Se destaca el cese de los molestos ronquidos para los miembros de la familia, quienes también percibieron una disminución de las crisis apneicas. El proceso familiar representa las interacciones continuas que se desarrollan entre los miembros de la familia en lo que se refiere a la interacción de papeles, relación dinámica, coping y comunicación.

Discusión: El desajuste familiar es una implicación observada, relacionada sobre todo con la incomodidad y el sueño deficiente de los miembros de la familia, específicamente del cónyuge. Este desajuste suele estar asociado a una dimensión temporal contextualmente vinculada con el pasado o cercana al inicio de la VMNI. El malestar se evidencia en la descripción de la extrañeza de los familiares por el uso del dispositivo. El trastorno del sueño, además de representar una vergüenza para el individuo, también comporta un desajuste para la familia una vez que la existencia de un aparato de ventilación mecánica en el domicilio puede ser un factor de estrés para la familia(1).

Los beneficios de la VMNI se manifiestan desde una fase temprana, lo que valida, más una vez, la posibilidad de que, después de una fase inicial de desajuste, los familiares consigan discernir mejor los beneficios de la utilización de esta terapia. El silencio al que se refieren es esencialmente la ausencia de ronquidos y la percepción de este cambio por parte de los participantes y/o sus familiares. La reducción de las crisis de apnea es percibida por los miembros de la familia que comparten el mismo espacio para dormir en comparación con el pasado.

En el proceso familiar, es importante reconocer y organizar determinadas funciones, así como la relación dinámica en el reparto de responsabilidades, sentimientos y emociones, combinada con la capacidad de flexibilidad de papeles. La interacción de los papeles está relacionada con el reconocimiento y/o la organización de determinadas tareas/funciones en la familia asociadas a la VMNI. En este estudio, se evidenció el papel del cónyuge a la hora de recordar la necesidad de llevar la mascarilla, así como la necesidad de limpieza y mantenimiento del respirador. La flexibilidad intrafamiliar en lo que se refiere a los papeles y las tareas es muy importante para la adaptación, pues una adaptación deficiente se asocia a una mayor probabilidad de depresión de los cuidadores familiares(2). Así, teniendo en cuenta que los mecanismos internacionales en el contexto de la enfermedad y su relación con los ciclos vitales individuales y familiares requieren una mayor capacidad emocional por parte de los miembros de la familia(3), la atención de las enfermeras debe centrarse en esta cuestión, debiéndose crear un entorno que facilite la implicación y el apoyo de la familia en los procesos de autogestión de la persona con enfermedad crónica(2). La experiencia familiar de la enfermedad crónica se traduce en un esfuerzo de las parejas por normalizar y restablecer el equilibrio, renegociando no sólo las tareas, sino también volviéndose creativos, profundizando en su relación y encontrando soluciones juntos(4).

Jugar con la situación fue una estrategia de coping mencionada por los participantes. El humor, como estrategia interna para la promoción de la salud familiar, además de la confianza, el compartir, la puesta en común, el control de los significados de los estresores, la resolución conjunta de problemas, entre otros(5).

Llegamos a la conclusión de que el uso de la VMNI tiene implicaciones a nivel del círculo familiar, concretamente en las interacciones continuas entre los miembros de la familia, representadas por el enfoque de los cuidados de enfermería en el proceso familiar. El desajuste provocado en el sistema familiar debe ser objeto de atención por parte de las enfermeras para intervenir

cuando sea necesario, evitando así la no adherencia al proceso terapéutico y valorando sus beneficios tanto para la persona como para la familia. Destacamos la contribución de este estudio a una mejor comprensión de la experiencia del uso de la VMNI desde la perspectiva de la familia.

Conflictos de intereses: No hay conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- (1) Imaiso, J. & Yamauchi, T. (2009). Caregiver suctioning education for Japanese patients with an invasive home ventilator. *Nursing and Health Sciences*, 11, 422–429. Doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00469.x
- (2) Whitehead, L., Jacob E., Lecturer, A., Towell, Abu-qamar, M. & Cole-Heath, A. (2017). The role of the family in supporting the self-management of chronic conditions: A qualitative systematic review. *Journal Clinical Nursing*, 27, 22–30. Doi: 10.1111/jocn.13775
- (3) Figueiredo, M. (2013). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- (4) Årestedt, L., Benzein, E., Persson, C. & RĂmgĂrd, M. (2016). A shared respite: The meaning of place for family well-being in families living with chronic illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11 (1), 30308. Doi: 10.3402/qhw.v11.30308
- (5) Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Lisboa: Lusociência.

POSTER 48**AUTORES/AUTHORS:**

DANIELA CELIA MONTESDEOCA RAMÍREZ, JOSE CARMELO HENRÍQUEZ VENTURA, MARIA DEL CARMEN PACHECO LÓPEZ, CARMEN NIEVES HERNÁNDEZ FLORES, MARÍA BEATRIZ REYES DOMÍNGUEZ, PATRICIA HENRÍQUEZ SÁNCHEZ, JORGE LUIS DORESTE ALONSO

TÍTULO/TITLE:

El modelo PRECEDE-PROCEDE. Una intervención enfermera para mejorar el control de los pacientes anticoagulados

OBJETIVOS

Tras identificar los factores predisponentes, reforzadores y capacitadores que determinan la adherencia a la terapia anticoagulante, se planteó que al menos un 60% de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales antivitaminas K (ACO-AVK) identificarán conductas relacionadas con el incumplimiento del régimen terapéutico.

Como objetivos educativos: El 90% conocerán la indicación del ACO-AVK. Un 80% identificará características y complicaciones derivadas del manejo ineficaz de este tratamiento. El 80% conocerá recomendaciones alimentarias y de actividad física. Un 65% conocerá posibles interacciones farmacológicas y cuidados básicos relacionados con dicho tratamiento. El 75% adquirirá una actitud positiva en el manejo eficaz de su proceso.

METODOLOGÍA

Se realizó una intervención de promoción de la salud en el ámbito sanitario, de carácter educativa y grupal. La fase PRECEDE, se llevó a cabo en un centro de atención primaria de Gran Canaria, entre enero y marzo de 2020. Participaron, previo consentimiento informado, 56 personas (22 hombres y 34 mujeres), con una mediana de edad de 71,7 años [60-84 años]. Se realizaron 15 discusiones grupales, usando variables relacionadas con determinantes comportamentales y ambientales y los ACO-AVK. Cada sesión duró 45 minutos. En la fase PROCEDE, participaron 51 pacientes, con una mediana de edad de 71 años, divididos en grupos de 10 integrantes. Las actividades planificadas se desarrollaron en tres sesiones semanales. Se contó con el dictamen del CEIm HUGC Dr. Negrín:2019-448-1.

RESULTADOS

Fase PRECEDE: el 18% son fumadores, sedentarios (60%), tienen una alimentación inadecuada (75%) y el 62,5% está polimedicado. Más de 79% desconocen las complicaciones derivadas del manejo inadecuado del fármaco, no consumen frutas y verduras (91,6%), ignoran fármacos incompatibles (87,5%) y desconocen que es el INR (100%). Destaca un 37,5% que precisan de cuidador, un 70,9% necesita transporte público para acudir al centro y el 95% cuenta con soporte familiar. Fase PROCEDE: el 88% implementaron todas las actividades, con los recursos necesarios y mostraron satisfacción con la enfermera. Tras la intervención, el 70,8% (41,6% basal), identificó varios factores relacionados con el incumplimiento terapéutico. El 100% (45,8% basal) entendió el motivo de estar con ACO-AVK e identificó la actividad física adecuada a su patología. Un 86,1% (48,6% basal) reconocieron las complicaciones derivadas del manejo erróneo de los ACO. El 88,8% (38,3% basal) identificaron los alimentos no recomendados. Un 79,2% (40,3% basal) respondieron adecuadamente las preguntas relacionadas con las interacciones farmacológicas. Un 87,5% (47,9% basal) reconocen las recomendaciones básicas. El 79,2% manifiestan que tendrá una actitud positiva en el manejo de su proceso.

DISCUSIÓN

Esta intervención enfermera de carácter educativo surgió tras realizar una valoración inicial en la que se evidenció el desconocimiento de los factores que pueden influir en la adherencia a la terapia anticoagulante. El 80% del grupo solicitó información adicional sobre el tratamiento y el manejo adecuado de su patología.

En lo que se refiere al conocimiento, los datos obtenidos en el análisis previo demuestran que el nivel de conocimientos de los pacientes es insuficiente, coincidiendo así con los resultados expuestos en otros trabajos (2,3).

Otros autores, en estudios con pacientes anticoagulados, pero sin intervención enfermera han puesto de manifiesto que en torno a un 60% de sus participantes desconocen el riesgo de tener un INR alterado (2-4). De nuestra intervención se desprende que un 48,6% de los participantes analizados, sabía respectivamente que un INR por debajo del rango establecido significa trombosis y por encima riesgo de hemorragia.

Algunos estudios, muestran que alrededor de un 70% de sus participantes carece de conocimientos adecuados sobre la alimentación (3-5). Estos datos son similares a los obtenidos en nuestra intervención, ya que el 61,7% ignoraba el efecto ocasionado por una ingesta elevada de alimentos ricos en vitamina K y únicamente el 16,6% sabía que debía consumir una dieta que

contemplara todos los alimentos.

Existe un consenso en que la realización de actividad física tiene un efecto beneficioso para la salud. Uno de los estudios revisados demostró que aquellas personas que realizaban ejercicio físico regularmente requerían mayores dosis de anticoagulante, pero el control de la anticoagulación era mejor y con ello disminuía el riesgo de hemorragia⁶.

En lo referente a las recomendaciones básicas, un 65%, al igual que en otras investigaciones (2,3,7), sabía que si se le olvida una dosis debe tomar la siguiente programada y comunicárselo al profesional sanitario en el próximo control.

La falta de participación conlleva un déficit en el seguimiento y un posible sesgo de memoria, dando lugar a que los pacientes no recuerden lo aprendido durante las sesiones. La mejora tras la intervención evidencia la necesidad de adecuar la actividad de enfermería. Implementar intervenciones grupales mantenidas propician un empoderamiento del paciente, dando lugar a la transformación de este, siendo un activo en su proceso salud-enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- García J, Owen E, Alarcón L. Aplicación del modelo precede-procede para el diseño de un programa de educación en salud. Redalyc [Internet]. 2005 [citado 1 Abr 2021]; 15(1):135-151. Disponible en: <https://bit.ly/2xGGzHt>
2. Jorge P. Conocimientos acerca del tratamiento anticoagulante oral en un grupo de pacientes: estudio transversal. RIdEC [Internet]. 2018 [citado 27 Abr 2021];11(1):6-20. Disponible en: <https://bit.ly/2SgEM2H>
3. Gómez H, Mateo R, Tamayo P. Relación entre conocimientos y seguridad del paciente. Valoración conocimientos de pacientes anticoagulados ambulatorios. [Internet]. 2015 [citado 13 May 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/35Yg90G>
4. De Felipe R. Nivel de conocimientos de los pacientes anticoagulados en un centro de salud; relación con el control terapéutico. Atención Primaria [Internet]. 2003 [citado 27 Abr 2021];32(2):101-5. Disponible en: <https://bit.ly/2W92XS2>
5. Gutiérrez N, Barranco M, García R, Saborido E. Grado de conocimiento sobre las interacciones alimentarias por parte de los enfermos anticoagulados. Atención a las necesidades comunitarias para la salud. Vol 1. SCINFOPER; 2017. p. 115-120
6. Shendre A, Beasley T, Brown T, Hill C, Arnett D, Limdi N. Influence of regular physical activity on warfarin dose and risk of hemorrhagic complications. Circulation [Internet]. 2014 [citado 13 May 2021]; 34(6):545-554. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25032265#>
7. Buitrago F. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! Atención Primaria. [Internet]. 2011 [citado 7 May 2021]; 43(7):343-344. Disponible en: <https://bit.ly/2Ab0hw1>

ÍNDICE / INDEX

Mesa 1: Enfermería y formación de profesionales	Session 1: Nursing and training of professionals	p. 1
Mesa 2: Impacto COVID/ Profesionales	Session 2: Impact COVID/ Professionals	p. 4
Mesa 3: Protocolos de investigación	Session 3: Research protocols	p. 7
Mesa 4: Cuidados a pacientes críticos / Cuidados Paliativos	Session 4: Critical Care / Palliative Care	p. 15
Mesa 5: Cuidados en Salud Mental	Session 5: Mental Health Care	p. 19
Mesa 6: Impacto COVID/ Profesionales	Session 6: Impact COVID/ Professionals	p. 26
Mesa 7: Población con condiciones crónicas	Session 7: Chronic condition population	p. 34
Mesa 8: Práctica Clínica Basada en la evidencia	Session 8: Evidence-Based Clinical Practice	p. 45
Mesa 9: Protocolos de investigación	Session 9: Research protocols	p. 49
Mesa 10: Práctica clínica y n pacientes oncológicos	Session 10: Clinical practice and cáncer	p. 65
Mesa 11: Género y Salud	Session 11: Gender and Health	p. 72
Mesa 12: Práctica Clínica	Session 12: Clinical Practice	p. 84
Mesa 13: Práctica Clínica y Gestión	Session 13: Clinical Practice and Management	p. 90
Mesa 14: Condiciones crónicas y cuidadores	Session 14: Chronic condition and caregivers	p. 98
Mesa 15: Protocolos de investigación	Session 15: Research protocols	p. 107
Mesa 16: Críticos y emergencias	Session 16: Critical care and Emergency	p. 119
Mesa 17: Atención primaria y comunitaria	Session 17: Primary and community care	p. 140
Mesa 18: Práctica Clínica	Session 18: Clinical Practice	p. 154
Mesa 19: Promoción de la salud	Session 19: Health promotion	p. 167
Mesa 20: Envejecimiento y fragilidad	Session 20: Aging and fragility	p. 184
Mesa 21: Cuidados materno infantiles	Session 21: Mother and child care	p. 192
Jornada de Doctorandos	Doctoral Workshop	p. 208
Jornada de Doctorandos	Doctoral Workshop	p. 220
POSTER 4		p. 223
POSTER 5		p. 225
POSTER 6		p. 227
POSTER 7		p. 229
POSTER 8		p. 232
POSTER 10		p. 234
POSTER 11		p. 236
POSTER 13		p. 237
POSTER 19		p. 239
POSTER 20		p. 241
POSTER 21		p. 242
POSTER 28		p. 243
POSTER 29		p. 245
POSTER 32		p. 247
POSTER 33		p. 249
POSTER 34		p. 250
POSTER 35		p. 252
POSTER 39		p. 254

POSTER 40.....	p. 256
POSTER 41.....	p. 258
POSTER 44.....	p. 260
POSTER 46.....	p. 262
POSTER 48.....	p. 264
ÍNDICE / INDEX	p. 266