

XXVIII
ENCUENTRO
INTERNACIONAL
DE INVESTIGACIÓN
EN CUIDADOS

28th
INTERNATIONAL
NURSING
RESEARCH
CONFERENCE

VI
JORNADA DE
DOCTORANDOS

13 al 15
NOV 2024



Organizan:



Colaboran:



Índice

1. Impacto de la práctica avanzada de enfermería: un antes y un después en la cronicidad de la Insuficiencia Cardíaca.	5
2. DETERMINANTS ASSOCIATED WITH ACTIVATION IN PATIENTS WITH ORAL ANTICOAGULANT TREATMENT: A CROSS-SECTIONAL STUDY.....	9
3. Evaluación del cuidado en una cohorte de personas con úlceras vasculares complejas en una Unidad enfermera especializada.....	11
4. Calidad del sueño durante la estancia hospitalaria después de la implantación de un protocolo de descanso nocturno.....	14
5. Hábitos de salud circadiana de las cuidadoras: estudio descriptivo.....	16
6. Impacto de la turnicidad en el personal de Enfermería.....	18
7. Perfil sociodemográfico y clínico del paciente ingresado en Hospitalización a Domicilio de Salud Mental en tres áreas geográficas.....	21
8. Evaluación de la salud emocional en jóvenes con Diabetes tipo 1: Un enfoque integral para el bienestar.....	24
9. Humanización asistencial en hospitalización de salud mental: perspectiva de la persona, convivientes y profesionales.....	25
10. Aumento de peso entre usuarios de una aplicación móvil para dejar de fumar desde la atención primaria: ensayo controlado aleatorio agrupado.....	28
11. La Mujer en el Afrontamiento del Diagnóstico de Cáncer de Mama y su Bienestar Espiritual.....	32
12. Adolescentes y vapeo: la pandemia "invisible".....	36
13. Violencia horizontal entre el alumnado de enfermería y recién graduados en el ámbito asistencial: características y factores relacionados.....	38
14. INSTRUMENTOS QUE MIDEN LA COMPLEJIDAD DE CUIDADOS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO: UNA REVISIÓN RÁPIDA.....	41
15. DIAGNÓSTICO BASAL DE COMPETENCIAS EN PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA DE LAS ENFERMERAS DE UN CENTRO CANDIDATO BPSO®/CCEC®.....	43
16. EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA DEDO-SONDA EN LA SUCCIÓN EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO: ENSAYO CLÍNICO.....	46
17. Estandarización y estructuración del pase de turno enfermero en hospitalización pediátrica: estudio cuasi experimental..	48
18. Estudio Internacional de las Percepciones y Necesidades de Formación Continua de docentes de Enfermería: Un Análisis Transversal.....	50
19. Contenidos relacionados con Enfermería del Trabajo y Salud Laboral en los planes de estudio del Grado en Enfermería....	52
20. Pedagogías de refugio: aprendizajes con estudiantes refugiados universitarios.....	54
21. Evaluación de la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios.....	58
22. Correlación entre niveles de tacrolimus obtenidos de catéter central y venopunción en pacientes con trasplante pulmonar.....	61
23. Uniendo fuerzas: El papel de las entidades en los cuidados de personas afectadas de una enfermedad rara de Catalunya. 65	65
24. INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA A LOS ENFERMEROS DE URGENCIAS PARA DISMINUIR LA TASA DE CONTAMINACIÓN DE HEMOCULTIVOS.....	68
25. Dismenorrea y calidad de vida en Jóvenes Universitarias.....	74
26. Actitudes de género y estereotipos de los estudiantes sobre la profesión de enfermería postpandemia: Un Enfoque Cualitativo fenomenológico.....	77
27. INCONTINENCIA EN LA MUJER, UN RETO, UNA OPORTUNIDAD.....	79
28. Patrón de colonización vaginal y endocervical en RPM pretérmino: prevalencia e impacto de microorganismos.....	81
29. Líderes de implantación de buenas prácticas: trabajando en la capacitación.....	84
30. LACTANCIA MATERNA: ACREDITAR LA EXCELENCIA EN CUIDADOS.....	86
31. Impacto de la formación en metodología de implantación de buenas prácticas en las competencias autopercebidas en PBE.....	88
32. El mundo rural y la enfermera comunitaria como una oportunidad.....	92
33. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTE INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL DE TERRASSA.....	94
34. Prevalencia de los Trastornos Mentales registrados en España durante el Confinamiento por COVID-19.....	96
35. Mejora de las habilidades cognitivas y de salud en personas mayores de 60 años tras realizar entramiento cognitivo con la App de Cognifit®.....	98
36. Intervenciones multidisciplinares domiciliarias y calidad de vida en mayores frágiles: revisión sistemática y metaanálisis	100
37. Cribado de valoración de disfagia en personas mayores ingresadas en unidades de hospitalización. PROYECTO NUTRIFAG.....	104

38. CRIBADO TELEFÓNICO PRECOZ DE FRAGILIDAD MEDIANTE “VES13” EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN Y GINECOLÓGICO MAYORES DE 75 AÑOS	106
39. Análisis de las condiciones de seguridad del paciente y del equipo de enfermería en una unidad de terapia metabólica ..	108
40. Influencia del estreñimiento en la calidad de vida de personas en hemodiálisis: un análisis multicéntrico	110
41. UTILIZACIÓN DE GAFAS DE REALIDAD VIRTUAL PARA MEJORAR LA ANSIEDAD ANTE LA APLICACIÓN DEL PARCHES DE CAPSAICINA 179 MG 8% EN LA UNIDAD DEL DOLOR: UN ESTUDIO CUASI EXPERIMENTAL	114
42. Percepciones de las enfermeras sobre la complejidad de cuidados a través de la carga de trabajo en las unidades de cuidados intensivos	117
43. Perfiles de salud de las personas cuidadoras de 50 años o más en Europa y diferencias entre países	120
44. Resiliencia en Estudiantes de Enfermería Durante la Pandemia de COVID-19: Lecciones Aprendidas	122
45. Relación entre el nivel de inteligencia emocional y las habilidades en liderazgo en estudiantado de Grado en Enfermería en España	124
46. APRENDIZAJE Y SATISFACCIÓN CON METODOLOGÍA DE JUEGOS EXPERIMENTALES DE ESCUCHA ACTIVA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	126
47. : Eutanasia y actitud de los estudiantes de enfermería tras la entrada en vigor de la ley reguladora.	129
48. Influencia de la personalidad en la elección de estudiar el Grado de Enfermería	131
49. El diálogo de saberes más allá de un ideal en la atención.	132
50. INFORME DE CUIDADOS: ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA	135
51. NIVEL DE HUMANIZACIÓN EN LOS CUIDADOS PERCIBIDA POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	137
52. Experiencia de una vida respirando carbón: visión de los mineros con silicosis en la comarca de El Bierzo	141
53. Transición a un rol de gestión de primera línea: Perspectiva de las enfermeras	144
54. OBSERVATORIO NEONATAL DE LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE PREVALENCIA 22-23.	145
55. Vivencias del cuidador informal de pacientes con Alzheimer	147
56. Humanización e Innovación	149
57. Relación entre capacidad funcional y carga de cuidados de enfermería en hospitalización	151
58. Contributions to the systematization of professional practice in breastfeeding support: a study of Portuguese women ...	153
59. PULSERA DE IDENTIFICACIÓN DE ALERGIA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO.....	156
60. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INSERCIÓN Y MANTENIMIENTO DE CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) EN ONCOLOGÍA.....	158
61. AUTOREPORTE DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO: RESULTADOS PRELIMINARES	160
62. INCORPORACIÓN DE LA ENFERMERA REFERENTE: RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN INTERMEDIA.....	162
63. Experiencia del uso de manoplas en medicina interna para la reducción de contenciones rígidas en miembros superiores	168
64. RECOMENDACIONES PARA EL USO DE SOLUCIONES DE PRESERVACIÓN DE ÓRGANOS CON FINES DE TRASPLANTE, POR ENFERMERÍA.....	172
65. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE MEJORA DEL BIENESTAR PSICOEMOCIONAL EN MUJERES DE LA GENERACIÓN X	174
66. EVALUACION DEL ABORDAJE DEL TABAQUISMO CON LA IMPLANTACION DE RECOMENDACIONES DE LA GUIA BUENAS PRÁCTICAS.....	177
67. Prevalencia de lesiones cutáneas crónicas en Zona Básica de Salud de Arjona.	179
68. PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL INFORME DE CUIDADOS. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	181
69. La Calidad de la Atención en Salud Mental desde la mirada de los profesionales del Plan de Servicios Individualizados (PSI): un estudio descriptivo.....	183
70. Factores predisponentes de la violencia horizontal entre enfermeras en el ámbito hospitalario	185
71. "VACUNACIÓN ANTIGRIPE EN POBLACIÓN INFANTIL:ENFERMERÍA LÍDER EN COMUNICACIÓN E INMUNIZACIÓN"	187
72. SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO EN PERSONAS PORTADORAS DE UROSTOMÍA. RESULTADOS PRELIMINARES	189
73. Evaluación de la calidad de las dietas en un hospital público de referencia	192
74. TEORÍA DEL COMPORTAMIENTO PLANIFICADO Y ADHESIÓN DE LOS ENFERMEROS A LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR: UN ESTUDIO EN CURSO	194
75. Uncover families' strengths: From nurses' perceptions to families' self-perception. A cross-sectional qualitative study....	196
76. Delirium en el adulto mayor hospitalizado: intervenciones no farmacológicas de enfermería	199
77. Estrategias para evaluar la implantación de la guía de Accesos Vasculares en hospitalización.....	201
78. CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES MAYORES EN EL ÁMBITO RURAL.....	203

79. Niveles de participación comunitaria en las acciones, proyectos y programas de atención primaria mediante la implementación de la herramienta EvalGuía. Cataluña 2024-2027.	205
80. La formación del personal de enfermería como método de prevención de lesiones relacionadas con la dependencia en unidades de críticos.	207
81. Significado de la experiencia de vivir con insuficiencia renal en diálisis: Un camino por la cuerda floja	209
82. Waterbirth satisfaction and obstetric outcomes comparison between primiparous and multiparous women.	212
83. Healthy newborn: weight factor as a promoter of breastfeeding	214
84. Atención Preconcepcional a mujeres con antecedentes obstetricos y/o ginecologicos de interés: A scoping Review.	216
85. Aborto espontáneo: percepción de las mujeres que sufrieron un aborto espontáneo respecto de los cuidados de enfermería recibidos. - Scoping review.....	218
86. Evaluación de la eficacia del triaje pediátrico en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel de Girona	221
87. Eficacia de un programa de protección solar en edad infantil.	223
88. Nivel de conocimientos del personal de enfermería acerca del traspaso de información a pie de cama en dos unidades de cuidados críticos de un hospital de tercer nivel.	226
89. Percepción de estrés y nivel de cortisol salival previos a pruebas evaluativas en alumnos de Enfermería y Fisioterapia	229
90. EDUCACIÓN Y EQUIDAD: ESTRATEGIAS DE FORMACIÓN PARA FUTUROS TRABAJADORES DE LA SALUD EN BAHÍA, BRASIL. 231	
91. Efectos de la metformina en la función cognitiva de adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2: Papel de la edad y el sexo.	233
92. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL	235
93. "SALUD ENTRE REJAS: LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES DE LOS INTERNOS DE UN CENTRO PENITENCIARIO"	237
94. PREVALENCIA DE DAÑO ORGÁNICO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN UNA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIESGO VASCULAR.....	239
95. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON COLOSTOMÍAS O ILEOSTOMÍAS. REVISIÓN SISTEMÁTICA.....	241
96. NIVEL DE AUTOCUIDADOS DEL PIE DEL PACIENTE CON DIABETES EVALUADO MEDIANTE CUESTIONARIO DFSQ-UMA	243
97. Riesgo de diabetes mellitus tipo II en población adulta residente en España.....	246
98. ASISTENCIA SANITARIA EN LA ESPAÑA VACIADA: EXPERIENCIAS Y VIVENCIAS DE PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES EN LA SIERRA NORTE DE GUADALAJARA	249
99. Transformación de Roles: El Impacto del Proyecto Nursing Research Challenge (NRC) en la Investigación Enfermera en un Hospital Universitario.	251
100.La enfermera de práctica avanzada(EPA), ¿conocida y reconocida?.....	253
101. Identificando la perspectiva enfermera.	253
102. Percepción de riesgo de desarrollar cáncer de mama entre estudiantes universitarios.	255
103. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA PARA ENFERMERAS	257
104. Valores normativos de los factores del cuestionario HS-EBP de medición de PBE en enfermeras españolas	259
105. Implantación de guía de buenas prácticas BPSO® "Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión": doce meses de resultados.	261
106. Manejo ambiental seguro en la prevención de caídas mediante auditorias observaciones.....	263
107. Análisis de los procesos corporales y su impacto en el autocuidado en cuidados a largo plazo: Validación de un instrumento	265
108. Valoración del dolor en braquiterapia ginecológica. Comparativa de dos protocolos de lubricación para aplicador cilindro vaginal.....	267
109. Caídas Zero.....	270
110. Efecto del entorno hospitalario saludable en el insomnio y la ansiedad en pacientes hospitalizados.....	273
111. Estudio de efectividad de una intervención enfermera de práctica avanzada en farmacovigilancia, mediante programa proactivo de identificación y notificación de reacciones adversas a medicamentos, en pacientes y profesionales, e incorporación de experiencia paciente relacionado con la utilización de los medicamentos.....	276
112. El deterioro cognitivo de los pacientes oncológicos quimioinducido y su repercusión en las actividades cotidianas	278
113. INCIDENCIA DE LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA	280
114. CONOCIMIENTO EN PRIMEROS AUXILIOS EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID.	282

Comunicaciones orales : Procesos crónicos I / Oral communications: Chronic processes I

Impacto de la práctica avanzada de enfermería: un antes y un después en la cronicidad de la Insuficiencia Cardíaca.

ID Comunicación: 215
Tipo de comunicación: Oral

VICENTE-GALÁN, M. J.; VARONA DE MINGO, M. E.; SÁNCHEZ SAUCE, B.; PÉREZ FERNÁNDEZ, E.; FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, Y.; MORONA AMORÓS, A. B.; ARANDA MARTINEZ, E. M.

OBJETIVO: Evaluar el impacto de la consulta UMIPIIC con práctica avanzada de enfermería y protocolo coordinado de continuidad asistencial con AP en HUFA, en la mortalidad, ingresos y urgencias hospitalarias en pacientes con insuficiencia cardíaca de edad avanzada.

MÉTODO.

DISEÑO: Estudio observacional de cohortes retrospectivo.

ÁMBITO: Consulta de enfermera de práctica avanzada (EPA) de la unidad de manejo integral de pacientes con insuficiencia cardíaca (UMIPIIC) (1) con protocolo coordinado de Atención Hospitalaria y Atención Primaria (AP) en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) (protocolo HUFA/AP)(2).

MUESTRA: Pacientes incluidos en la consulta de EPA de UMIPIIC protocolo HUFA/AP entre 2019 y 2021.

Criterios de inclusión de pacientes: Pacientes incluidos en la consulta de enfermería. En ella, se siguen los establecidos en el programa UMIPIIC que son recogidos también en el protocolo HUFA/AP. En el protocolo HUFA/AP se incluyen adultos mayores diagnosticados de IC (con los criterios diagnósticos UMIPIIC), con una descompensación que precisó ingreso o visita a urgencias, los derivados por AP y los institucionalizados en residencias de Alcorcón. Dentro del protocolo, se distingue la ruta de Cardiología y de Medicina Interna. La UMIPIIC en HUFA pertenece a esta última ruta asistencial.

Los criterios de inclusión específicos para la consulta UMIPIIC de HUFA son:

Pacientes con IC descompensada con fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) preservada.

Pacientes de edad avanzada o co-morbilidad no susceptibles de intervencionismo cardíaco.

Pacientes con IC aguda de origen no coronario con evidencia de comorbilidad significativa que pueda interferir con el tratamiento.

Pacientes con fragilidad, limitación funcional, plurifarmacología compleja o en fase terminal. Pacientes con hipertensión refractaria en seguimiento en las consultas de Medicina Interna con FEVI preservada que presentan IC.

Tamaño de la muestra

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes pertenecientes a la consulta de EPA de UMIPIIC y protocolo HUFA/AP: un total de 302 pacientes desde 2019 a 2021.

DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROGRAMA

Una vez que se ha explicado el programa al paciente y aceptado el seguimiento, se informó de su inclusión a AP mediante correo electrónico.

Según el protocolo HUFA/AP se establecen dos niveles de actuación de acuerdo a la intensidad del tratamiento que ha precisado durante la descompensación y que requiere al alta.

De acuerdo a los criterios definidos en la Estrategia de Cronicidad de la Comunidad de Madrid (3), la mayoría de los pacientes en este tipo de consultas son de alto nivel de intervención (NIA).

Se siguió un cronograma de citas en HUFA o AP definidas en el protocolo para garantizar la continuidad asistencial.

Seguimiento en consulta médica: Se mantuvieron revisiones cada 3 meses aprovechando para realizar controles analíticos (hemograma, función renal e iones) hasta el año de estabilidad. Posteriormente los controles fueron semestrales durante el segundo año y posteriores.

Seguimiento en consulta de enfermería:

Se realizaron primeras consultas, sucesivas y también consulta telefónica.

1ª Consulta enfermera: Se explicó al paciente la ruta y protocolo de continuidad asistencial entregando folletos informativos. También se le entregó una ficha de control de autocuidado, en la que se incluían peso, frecuencia cardíaca o tensión arterial. Se le instruyó en toma de constantes y registro de los signos de alarma en IC. Además, se impartió educación para la salud (EPS) respecto a su enfermedad, alimentación, ejercicio, tratamiento, cambios en su trayectoria vital y posibles descompensaciones, así como rol de los cuidadores y atención a los mismos. Se le facilitó un número de teléfono y horario para informar de signos de posibles descompensaciones, que sería atendido por enfermería.

– Se administraron las escalas y test siguientes: Clase funcional New York Heart Association (NYHA), Índice de Comorbilidad de Charlson, historia de caídas, cuestionario de Barthel, test de Pfeiffer. Minimental, Escala europea de Autocuidado (EHFSCBS-9), EuroQoL-5D y Zarit al cuidador principal.

Consultas sucesivas enfermería: se realizaron toma de constantes, revisión de la ficha de control de automedidas en el autocuidado, control de riesgo de factores cardiovascular, comprobación de adherencia terapéutica y no farmacológica, se llevó a cabo la EPS respecto a estilos de vida saludable. En caso de signos de alarma se derivó junto con médico responsable al paciente a la unidad de tratamiento, Hospital de día Médico (HDM) sito en HUFA.

Consulta telefónica: Se realizaron siguiendo las recomendaciones de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para los pacientes con IC. Las llamadas se nombraron como: “proactivas” (cuando se produjo algún cambio de medicación tras signos de alarma), de “seguimiento” (control de la enfermedad y refuerzo de EPS), “post alta” (tras alta hospitalaria) y de “titulación” (manejo de medicación basada en evidencia y guías clínicas y pauta del médico responsable).

Continuidad asistencial: Las derivaciones del paciente a otras unidades, que llevó a cabo la EPA, se realizaron junto con médico al Servicio de Urgencias (si requiere ingreso hospitalario), HDM (tratamientos para solventar descompensaciones en su mayoría) o a otra unidad de especialización dentro del hospital. De forma independiente la EPA derivó a AP.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable principal.

- Supervivencia global (SG): Se definió como el tiempo desde inclusión en la consulta UMIPIC de HUFA, hasta la fecha de fallecimiento por cualquier causa. Los sujetos se censuraron hasta fecha de derivación, abandono voluntario, o fin de seguimiento del estudio.
- Supervivencia libre de reingreso por IC (SLR-IC): Se definió como el tiempo desde inclusión en consulta de UMIPIC de HUFA, hasta la fecha de nuevo ingreso por diagnóstico de IC (código CIE10 I50).
- Supervivencia libre de reingreso relacionado (SLR): Se define como el tiempo desde inclusión en consulta UMIPIC de HUFA, hasta la fecha de nuevo ingreso por diagnóstico relacionado con IC (códigos CIE10). Se consideraron ingresos relacionados: otros trastornos cardíacos en enfermedades clasificadas bajo otro concepto, enfermedades relacionadas con situación respiratoria que derivara en IC, enfermedades cardiovasculares, malestar, fátiga y síncope entre otros.

En SLR-IC y SLR los sujetos se censuraron hasta fecha de derivación, abandono voluntario, éxitus o fin de seguimiento del estudio.

- Carga asistencial: medido en número de ingresos hospitalarios por cualquier causa, por IC y relacionados con IC y número de visitas a urgencias por cualquier causa.

Otras variables:

- Edad.
- Sexo.
- Comorbilidad evaluada mediante el Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC).

- Tiempo de seguimiento en consulta UMIPIC de HUFA con EPA.
- Origen de la derivación a dicha consulta: urgencias, hospitalización en Unidad de Medicina Interna, AP y otras unidades.
- Causa de fin de seguimiento del programa: exitus, renuncia voluntaria, falta de adherencia, institucionalización y derivación a otra unidad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los cálculos estadísticos se realizaron con el software STATA 17.

Para describir la distribución de las variables cuantitativas se presentan medidas de tendencia central, media y mediana (Me), y de dispersión, desviación estándar (DE) y rango intercuartílico (RIQ).

En el caso de las variables cualitativas, se presentan frecuencias absolutas y relativas.

Como resultado principal, se estimaron la SG, SLR-IC y SLR mediante curvas de supervivencia con Kaplan-Meier.

Se analizó el impacto en la carga asistencial evaluando el número de visitas e ingresos a 30 días, 1 año y 2 años, antes y después de la fecha de inclusión, mediante el test no paramétrico de Wilcoxon para medidas repetidas. Los resultados se acompañan del intervalo de confianza de 95% (IC95%). Todos los test se consideran bilaterales y como estadísticamente significativo un p-valor menor de 0.05.

RESULTADOS.

Se analizaron 302 pacientes, 53% mujeres y edad media de 83 años (DE 6.9). Comorbilidad (ICC)=3 (p25-p75: 2-5).

Durante el seguimiento, fallecieron 166 pacientes (55%), en el primer año 44 sujetos (14%), lo que supuso una SG al año y dos años del 85% (IC95%:80%-89%) y 62% (IC95%:56%-67%), respectivamente.

Reingresaron por IC 41 sujetos (13.6%), siendo una SLR-IC al año y dos años de inclusión de 92% (IC95%:88%-95%) y del 87% (IC95%: 82%-91%), respectivamente. Por ingreso relacionado con IC, reingresaron 99 (32.8%), con una SLR al año y dos años de 79% (IC95%:73%-83%) y 68% (IC95%:62%-73%), respectivamente.

Respecto a la carga hospitalaria a 1 año todos los indicadores evaluados disminuyen de forma estadísticamente significativa ($p < 0.001$), un 54% (IC95%: 48%-60%) disminuye el número de visitas a urgencias, un 56% (IC95%: 50%-62%) disminuye el número de ingresos por cualquier causa, el 19% (IC95%: 14%-24%) el número de ingresos por IC y el 33% (IC95%:27%-39%) el número de ingresos relacionados.

Encontramos que la carga hospitalaria a 30 días disminuye de forma estadísticamente significativa ($p < 0.001$): un 43% (IC95%: 38%-49%) disminuye el número de visitas a urgencias, un 41% (IC95%: 36%-47%) disminuye el número de ingresos por cualquier causa, el 8% (IC95%: 5%-12%) el número de ingresos por IC y el 21% (IC95%:17%-26%) el número de ingresos relacionados.

DISCUSIÓN. El perfil de nuestros pacientes es de alta comorbilidad (ICC=3) y la media de edad es ligeramente mayor que la de estudios previos en UMIPICs (4,5).

Respecto a la mortalidad en IC, el estudio ESC-HF-LT-R europeo, muestra resultados de mortalidad por todas las causas similares al nuestro (6). Sin embargo, encontraron diferencias significativas entre regiones, tanto en las características clínicas de los pacientes con IC como en sus resultados. Debido a esto, comparamos nuestros resultados con las UMIPICs en España. En un reciente ensayo clínico, se obtuvo, al año, una mortalidad de 16% y una tasa de reingresos por IC de 17%, en pacientes con seguimiento de programa UMIPIC. Sin embargo, en los que tuvieron un seguimiento "convencional" en IC, al año, la mortalidad fue de 27% y la tasa de ingreso por IC de 26% (5). Otro estudio UMIPIC, con cohorte de pacientes con FEVI preservada, señaló una disminución de ingresos por IC del 19.2% al año (7). En nuestro caso, al año, la mortalidad fue de un 14%, y los reingresos por IC al año de 13.6%, lo que indica una mejora de resultados en nuestro estudio.

Además, se afirmó en investigaciones de UMIPICs, que no hubo diferencias significativas en el número de hospitalizaciones o visitas a Urgencias por otras causas diferentes a la IC (4). Sin embargo, nosotras hallamos que hay disminución significativa de hospitalizaciones e ingresos por IC en urgencias en todos los periodos analizados.

La evidencia en UMIPICs muestra resultados hasta 2019. Nosotras incluimos en parte el periodo que coincide con la

pandemia COVID, lo contemplamos como posible sesgo. Aun así, evidenciamos una mortalidad algo menor y una disminución de carga asistencial claramente significativa. Este es el primer estudio que analiza el impacto de una consulta con EPA en una UMIPIC y protocolo coordinado con AP, en este periodo.

Añadimos el análisis a los 30 días y a dos años, obteniendo resultados estadísticamente significativos, lo que ofrece un amplio panorama que podría derivar en intervenciones de mejora a corto y a largo plazo en estos programas.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: Aunque se trabaja continuamente en ello, no todas las UMIPICs cuentan con EPA ni con un protocolo multidisciplinar con AP. Por ello, proponemos que, dados nuestros resultados, sería imprescindible la EPA dentro del equipo multidisciplinar y con protocolo de continuidad asistencial con AP en el marco de las UMIPICs.

Este estudio se envió para aprobación al comité de ética del HUFA.

Las investigadoras declaran no tener conflicto de intereses.

Palabras clave: Insuficiencia Cardíaca, Edad avanzada, Práctica Avanzada de Enfermería, UMIPIC, Protocolo coordinado HUFA con Atención Primaria.

Bibliografía:

¹ Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Grupo de trabajo de Insuficiencia Cardíaca y Fibrilación Auricular. PROGRAMA UMIPIC [Internet]. 2024 [consultado el: 09/2024]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/grupos/cardiaca/umipic/programa>

² Grupo de trabajo multidisciplinar de HUFA y Gerencia Asistencial de Atención. Protocolo de Atención Coordinada entre HUFA y Atención Primaria de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica Compleja (NIA). Intranet HUFA 2021.

³ Consejería de Sanidad. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013

⁴ Cerqueiro JM, González-Franco A, Montero-Pérez-Barquero M, Llácer P, Conde A, Dávila MF, et al. Reduction in hospitalisations and emergency department visits for frail patients with heart failure: Results of the UMIPIC healthcare programme. *Rev Clin Esp.* 2016;216(1):8–14

⁵ González-Franco Á, Cerqueiro González JM, Arévalo-Lorido JC, Álvarez-Rocha P, Carrascosa-García S, Armengou A, et al. Morbidity and mortality in elderly patients with heart failure managed with a comprehensive care model vs. usual care: The UMIPIC program. *Rev Clin Esp.* 2022;222(3):123–30

⁶ Crespo-Leiro MG, Anker SD, Maggioni AP, Coats AJ, Filippatos G, Ruschitzka F, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry (ESC-HF-LT): 1-year follow-up outcomes and differences across regions. *Eur J Heart Fail.* 2016;18(6):613–25

⁷ Cerqueiro-González JM, González-Franco Á, Carrascosa-García S, Soler-Rangel L, Ruiz-Laiglesia FJ, Epelde-Gonzalo F, et al. Benefits of a comprehensive care model in patients with heart failure and preserved ejection fraction: The UMIPIC program. *Rev Clin Esp.* 2022;222(6):339–47

Otros aspectos:

DETERMINANTS ASSOCIATED WITH ACTIVATION IN PATIENTS WITH ORAL ANTICOAGULANT TREATMENT: A CROSS-SECTIONAL STUDY

ID Comunicación: 268

Tipo de comunicación: Oral

Vall Vargas, A.

DETERMINANTES ASOCIADOS A LA ACTIVACION EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Objetivos: Los terminos "activacion" y "empoderamiento" del paciente se utilizan para describir hasta qué punto los individuos son capaces de gestionar su salud y su propia atención sanitaria. Los resultados de salud y calidad de vida mejoran en los pacientes que son más activos en el autocuidado. El objetivo de este estudio fue identificar determinantes sociodemográficos, clínicos, sociológicos y psicológicos asociados con la activación en un grupo de pacientes crónicamente anticoagulados.

Métodos: Estudio transversal en pacientes con tratamiento anticoagulante antivitamina K oral, atendidos en una consulta de enfermería especializada entre noviembre 2021 y junio 2022. El resultado principal fue el nivel de activación para el autocuidado según la Medida de Activación del Paciente de 13 ítems (PAM-13). Se realizaron modelos de regresión lineal simple y múltiple para identificar los determinantes asociados a la puntuación PAM-13.

Resultados: Se reclutó para el estudio un total de 137 pacientes que cumplieron con todos los criterios de inclusión. La edad media fue 59,6 años (DE 13,8; rango 22-86) y el 60,6% eran hombres. El sesenta por ciento presentó un nivel IV de activación según la escala PAM-13. La puntuación media de activación fue 73,9 (DE 15,4). Los factores asociados de forma independiente con una activación de autocuidado significativamente menor fueron, riesgo social intermedio, síntomas de ansiedad, síntomas de estrés, baja autoeficacia y visitas al departamento de emergencias en los últimos 12 meses.

Conclusiones: Se encontraron 5 determinantes asociados a la activación del paciente. Conocer los factores que modifican el nivel de activación puede identificar subgrupos de pacientes con tratamiento anticoagulante que tienen menos probabilidades de realizar el autocuidado correctamente y por lo tanto son candidatos a intervenciones educativas más específicas y personalizadas.

Palabras clave: Key Words: Empowerment; Chronic Disease; Anticoagulants; Quality of Life; Cross-Sectional Study.

Bibliografía:

¹ Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006;3(11):2011-2030. doi:10.1371/journal.pmed.0030442

² Janamian T, Greco M, Cosgriff D, Baker L, Dawda P. Activating people to partner in health and self-care: use of the Patient Activation Measure. *Medical Journal of Australia.* 2022;216(S10):S5-S8. doi:10.5694/mja2.51535

³ Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Educ Couns.* 2002;48(2):177-187. doi:10.1016/S0738-3991(02)00032-0

⁴ Effing T, Monninkhof EM, van der Valk PDLPM, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4):CD002990. doi:10.1002/14651858.CD002990.pub2

⁵ Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res.* 2004;39(4 Pt 1):1005-1026. doi:10.1111/J.1475-6773.2004.00269.X

⁶ Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Serv Res.* 2005;40(6 I):1918-1930. doi:10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x

⁷ Greene J, Hibbard JH, Sacks R, Overton V, Parrotta CD. When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Aff (Millwood).* 2015;34(3):431-437. doi:10.1377/HLTHAFF.2014.0452

⁸ Rademakers J, Nijman J, Van Der Hoek L, Heijmans M, Rijken M. Measuring patient activation in The Netherlands: translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13). *BMC Public Health.* 2012;12:577 doi:10.1186/1471-2458-12-577

⁹ Rademakers J, Maindal HT, Steinsbekk A, Gensichen J, Brenk-Franz K, Hendriks M. Patient activation in Europe: an international comparison of psychometric properties and patients' scores on the short form Patient Activation Measure (PAM-13). *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):1-7. doi:10.1186/S12913-016-1828-1

Evaluación del cuidado en una cohorte de personas con úlceras vasculares complejas en una Unidad enfermera especializada

ID Comunicación: 261

Tipo de comunicación: Oral

García-Molina, P.; Pla Marzo, L.; Blasco Perez, T.; Balaguer López, E.; BALAGUER ESCUTIA, P.; Estébanez Frías, J.; Valls Reig, M. R.; García Martínez, P.; Buck Sainz-Rozas, P.

Objetivo

Describir la evolución de las úlceras vasculares no isquémicas en personas atendidas por enfermeras expertas en heridas en la Unidad Enfermera de Úlceras y Heridas Complejas del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Métodos

Estudio descriptivo, observacional, longitudinal, retrospectivo. La recogida de información se produjo entre el día 14/09/21 y acabó el 14/09/23, tras aceptación de Comité Ético.

Se recogió información de aquellos pacientes con los siguientes criterios de inclusión: edad superior a 18 años, personas con úlceras entre la rodilla y el pie, presencia de pulso periférico en la extremidad afecta en la arteria tibial posterior o pedia, personas capaces de entender y cumplimentar el cuestionario Charing Cross versión española (escala de calidad de vida). Los criterios de exclusión fueron aquellas personas con úlceras de pierna con arteriopatía periférica oclusiva, sin pulsos periféricos palpables, personas con úlceras de pie diabético, personas con las úlceras de etiología atípica o con linfedema crónico.

El seguimiento de cada caso fue entre 6 y 8 semanas. Durante las visitas el paciente acude a la Unidad Enfermera de Úlceras y Heridas Complejas (UEUHC) del Hospital Clínico Universitario de Valencia donde se llevó a cabo la valoración de la úlcera y la cura por parte de enfermeras expertas en curas de heridas complejas. Se incluyeron un total de 50 pacientes que cumplieron criterios de inclusión y habían firmado el consentimiento para compartir la información.

Los procedimientos de cura de las úlceras de pierna se realizaron según el protocolo utilizado en dicha UEUHC del Hospital Clínico de Valencia. Basado en la higiene inicial de la herida, desbridamiento adecuado, aplicación de productos en cura en ambiente óptimo y el uso de compresión terapéutica con vendaje multielemento o medias de compresión. Se evaluó cada semana durante el primer mes y cada 15 días el siguiente hasta las 6 u 8 semanas. El análisis de los datos se realizó mediante el programa Excell (Microsoft). No se realizó ningún análisis de inferencia estadística. Se utilizaron cálculos de medida central (diferencia de porcentajes de reducción de la superficie de heridas, mejora de porcentajes o puntuación de las diferentes escalas utilizadas).

Resultados

Se analizaron 50 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio.

Variables descriptivas sociodemográficas y relacionadas con el paciente

- Sexo: 46% Hombres, 54% Mujeres.
- Edad: La edad media es 72,57.
- Necesita cuidador principal: El 16% necesitan cuidador.
- Patologías asociadas: El 56% tienen otras patologías asociadas tales como Hipertensión arterial (28%), Diabetes Mellitus (10%), Insuficiencia cardíaca (4%), enfermedades inflamatorias/autoinmunes (4%) u otras (18%). El 30% de los pacientes tienen una combinación de varias de las patologías anteriores, destacando el 20% con hipertensión arterial y diabetes mellitus.
- Toma de medicaciones que puedan influir en la evolución de las úlceras: El 82% toma medicación habitual: anticoagulantes (40%), corticoides (6%), inmunosupresores (2%), otros (60%)
- Índice Tobillo-Brazo o Índice Dedo-Brazo: La media de resultado del ITB fue 1,07. Todos los pacientes con ITB >0,9 o IDB >0,6.

Variables descriptivas relacionadas con la úlcera.

- Antigüedad de la lesión: La media de antigüedad se sitúa en 43,44 días.
- Dimensiones de la lesión: medición del área por fotografía con cámara digital y utilizando el programa Imagen. Lesiones $<4\text{cm}^2$ (70%), $\geq 4\text{cm}^2$ y $<16\text{cm}^2$ (28%), $\geq 16\text{cm}^2$ y $<36\text{cm}^2$ (2%).

Variables respuesta: Resultado principal

La reducción porcentual de la superficie de la úlcera. La media de porcentaje de reducción de la superficie en cada visita fue: Segunda visita (25,59%), Tercera visita (42,06%), Cuarta visita (54,44%), Quinta visita (58,46%), Sexta visita (57,19%).

Variables secundarias

1. Evolución de la úlcera de pierna en valoración global: se mide con la puntuación obtenida con la escala **RESVECH 2.0**. Esta escala mide desde 0 a 35 puntos. Es una escala inversa, donde a menor puntuación la úlcera mejora de forma general. Mide 6 dimensiones con diferente peso en puntuación: dimensiones de la lesión (6 puntos) Profundidad / Tejidos afectados (4 puntos); Bordes (4 puntos); Tipo de tejido en el lecho de la herida (4 puntos); Exudado (6 puntos); Infección/inflamación (signos-biofilm) (14 puntos).
La media de resultado de la escala en cada visita fue: Primera visita (9,96), Segunda visita (9,06), Tercera visita (8,08), Cuarta visita (6,62), Quinta visita (5,56), Sexta visita (4,17).
2. Calidad de vida relacionada con las úlceras de pierna: variable numérica discreta obtenida de la puntuación en el cuestionario **Charing Cross** sobre calidad de vida de personas con úlceras en pierna, se compone de 20 ítems que determinan cuatro dimensiones importantes para la salud: la función social, las actividades domésticas, la dimensión estética y el estado emocional. En su interpretación, puntuaciones más bajas indican una mejor calidad de vida. Se pasa este cuestionario en la primera visita, cuyos resultados tienen una media de 34,7 y en la última visita, en la que la media se sitúa en 27,22.
3. Tipo de **compresión terapéutica** realizada: El 100% de los pacientes usan compresión terapéutica. El 68% de los pacientes usa media de compresión. También hay pacientes que usan vendas de tracción corta (6%), sistema multicomponente (14%), sistema de doble media (10%) y sistemas de compresión de neopreno con velcros (2%).

Discusión

La actuación de las enfermeras expertas en heridas en una unidad especializada como la Unidad Enfermera de Úlceras y Heridas Complejas permite aplicar pautas de cura en pacientes frágiles con heridas complejas basadas en la última evidencia científica. Gracias a este tipo de unidades coordinadas por las propias enfermeras se puede actuar en un ambiente transdisciplinar donde todas las especialidades médicas y enfermeras se encuentran representadas para centrarse en el cuidado excelente de la persona. En nuestra UEUHC estas intervenciones han permitido que los pacientes hayan podido prácticamente cicatrizar sus lesiones complejas en el tiempo estipulado de 6 a 8 semanas y mejorar la calidad de vida de los pacientes pluripatológicos y plurimedcados. Es necesario estandarizar al máximo la actuación y registros (escalas validadas) en los sistemas de información para poder realizar un correcto seguimiento de las lesiones. La actuación de una unidad especializada con enfermeras de práctica avanzada expertas en heridas puede ofrecer los mejores cuidados basados en la evidencia científica.

Palabras clave: Úlceras vasculares no isquémicas, Enfermería de práctica avanzada, Enfermería experta en heridas, Insuficiencia venosa, Unidad Heridas Complejas

Bibliografía:

- ¹ Marinel.lo Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso 2018. 2a ed. Madrid:Ergon; 2018.
- ² Isoherranen K, Jordan O'Brien J, Barker J et al. EWMA document; Atypical wounds. Best clinical practice and challenges
- ³ Carles Miquel Abad, Rodrigo Rial Horcajo, Ma Dolores Ballesteros Ortega, César García Madrid. Guías de Práctica Clínica en Enfermedad Venosa Crónica. ID Médica. Madrid, 2015.
- ⁴ Guías de calidad asistencial en la terapéutica de compresión en la patología venosa y linfática. Recomendaciones basadas en la evidencia clínica. Marinello Roura J. (coord). ANGIOLOGÍA. 2003; 55 (2): 1123-180.
- ⁵ Rueda López J; Navarro Picó M; Álvarez Hernández A; Blanco Blanco J; Blasco Gil S; Chaverri Fierro D; Martínez Cuervo F; Miguel Puigbarraca P, Sánchez García MJ; Segovia Gómez T. Limpieza de las heridas, soluciones, presión y técnicas. Serie de documentos de

técnicos GNEAUPP no XVII. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2023.

⁶ McLain NE, Moore ZE, P Avsar. Wound cleansing for treating venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev [internet]. 2021;3(3). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011675.pub2/full>

⁷ Worster B, Zawora MQ, Hsieh C. Common questions about wound care. Am Fam Physician [Internet]. 2015; 91(2):86–92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25591209/>

Otros aspectos:

Comunicaciones orales: Calidad del sueño / Oral communications: Sleep quality

Calidad del sueño durante la estancia hospitalaria después de la implantación de un protocolo de descanso nocturno

ID Comunicación: 224

Tipo de comunicación: Oral

Vida-Vidal, D.; Casadellà-Boadas, M.; Caballero-Torres, L.; Cruz-Moreno, C.; Serra-Ferrer, N.; Romero-Collado, À.; Rascón-Hernán, C.

Calidad del sueño durante la estancia hospitalaria después de la implantación de un protocolo de descanso nocturno

Autores: Dalmau Vila Vidal, Mònica Casadellà Boadas, Laura Caballero Torres, Carolina Cruz Moreno; Natàlia Serra Ferrer, Àngel Romero Collado, Carolina Rascón Hernán.

El ambiente hospitalario puede ser un medio hostil para una persona ingresa por una enfermedad aguda (Wesselius et al., 2018). Este ambiente puede contribuir a incomodidad debido a factores ambientales y humanos. Favorecer el descanso nocturno es percibido por las personas de manera satisfactoria.

Objetivo: Valorar la calidad del sueño percibido de las personas ingresadas en un hospital de segundo nivel, tras la implementación de un protocolo para favorecer el descanso nocturno.

Metodología: estudio prospectivo descriptivo, transversal, observacional de enero a abril de 2024. Muestra: intencionada no probabilística. Se utiliza un cuestionario adhoc de indicadores ambientales relacionados con el descanso (apagar luz, cerrar puertas, evitar hablar, hablar en voz baja, etc.), grado de satisfacción, dolor, y Cuestionario "Richard Campbell Sleep Questionnaire". Se realiza a análisis descriptivo univariante y bivariante con resultado estadísticamente significativo para p-valor inferior al 0.05. Proyecto avalado por CEIM Girona.

Resultados: 95 participantes, 52,6% (50) hombres y 47,4% (45) mujeres en edades entre los 19 y 92 años, el 49,5% (47) no tienen dolor, el 22,1% (21) dolor leve y el 21,1% (20) dolor moderado. El grado de satisfacción percibido en relación con la atención recibida durante el turno de noche es de media 8,83 DS (1,4). Las habitaciones son en un 95,8% (91) compartidas, tan solo un 4,2% (4) son de uso individual. En relación con los factores ambientales que influyen en el descanso nocturno, los participantes refieren en un 91,6% (87) que el personal apaga las luces que no son imprescindibles, el 75,8% (72) se les ha cerrado la puerta, el 82,1% (78) refieren que el personal ha evitado hablar en la habitación o cerca de ella, el 82,1% (78) reconoce que el personal habla en voz baja en periodos de descanso. Los participantes consideran que las habitaciones compartidas son más ruidosas en un 40% (38) en contra del 54,7% (52) no son más ruidosas y un 5,3% (5) ns/nc. Con el análisis bivariante se obtiene que hay relación estadísticamente significativa entre género y diversas variables, como son "control ambiental de tª" con U de Mann-Whitney = (p<0,04); "su sueño la pasada noche fue" con una U de Mann-Whitney =834,5 (p<0,029); "la pasada noche" con una U de Mann-Whitney =844,50 (p<0,035). También hay relación entre "su sueño la pasada noche fue" y diversas variables como son "hablar en voz baja" con una Kruskal-Wallis=8,052 (p<0,018); "proporcionar ropa de cama limpia" con una Kruskal-Wallis=6,846 (p<0,033); "control ambiental de tª" con una Kruskal-Wallis=7.924 (p<0,019), entre otros hallazgos.

Discusión: El personal sanitario realiza acciones para preservar el descanso nocturno de las personas hospitalizadas. Wesselius et. Al. (2018) Foo et al. (2022) van den Ende et al. (2022) describen factores perturbadores del sueño en el paciente hospitalizado, como la luz, el ruido, etc., coincidiendo con nuestro estudio. Por ello, son factores en los que hay que intervenir y así favorecer el descanso del paciente hospitalizado durante la noche.

Implicación a la práctica: el estudio permite evaluar el protocolo instaurado sobre el descanso nocturno, nos da herramientas para la mejora continua y así elevar la calidad asistencial que reciben las personas hospitalizadas.

Palabras clave: descanso nocturno; sueño; enfermería; factores perturbadores

Bibliografía:

¹ Wesselius HM, van den Ende ES, Alsmá J, Ter Maaten JC, Schuit SCE, Stassen PM, et al.; "Onderzoeks Consortium Acute Geneeskunde" Acute Medicine Research Consortium. Quality and Quantity of Sleep and Factors Associated With Sleep Disturbance in Hospitalized Patients. *JAMA Intern Med.* 2018;178(9):1201-1208. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.2669.

² Foo CT, O'Driscoll DM, Ogeil RP, Lubman D, Young AC. Barriers to sleep in acute hospital settings. *Sleep Breath.* 2022;26(2):855-863. doi: 10.1007/s11325-021-02415-y.

³ van den Ende ES, Burger P, Keesenberg M, Merten H, Gemke RBJ, Nanayakkara PWB. Patient-nurse agreement on inpatient sleep and sleep disturbing factors. *Sleep Med X.* 2022;4:100047. doi: 10.1016/j.sleepx.2022.100047.

Otros aspectos: .

.

Hábitos de salud circadiana de las cuidadoras: estudio descriptivo

ID Comunicación: 80

Tipo de comunicación: Oral

Noell Boix, R.; Reig Garcia, G.; Casas Baroy, J. C.; Chirveches Pérez, E.

Título: Hábitos de salud circadiana de las cuidadoras: estudio descriptivo

Autoría: Rosa Noell Boix ¹⁽⁰⁰⁰⁰⁻⁰⁰⁰²⁻⁹⁴⁴³⁻²²⁴⁷⁾, Glòria Reig Garcia ²⁽⁰⁰⁰⁰⁻⁰⁰⁰³⁻³⁸⁹³⁻⁴²³¹⁾, Joan Carles Casas Baroy ¹⁽⁰⁰⁰⁰⁻⁰⁰⁰²⁻²⁰²¹⁻⁸⁴⁵⁹⁾, Emília Chirveches Pérez ¹⁽⁰⁰⁰⁰⁻⁰⁰⁰¹⁻⁶⁵⁷⁹⁻⁴⁵⁶⁷⁾

1. Research Group on Methodology, Methods, Models and Outcomes of Health and Social Sciences (M3O), Faculty of Health Sciences and Welfare, Centre for Health and Social Care Research (CESS), University of Vic–Central University of Catalonia (UVic–UCC), Institute for Research and Innovation in Life and Health Sciences in Central Catalonia (IRIS–CC), Vic, Spain
2. Facultad de Enfermería, Universidad de Girona, Girona, España.

Palabras clave: Cuidadoras, hábitos de salud circadiana, sueño, exposición a la luz, actividad física.

Objetivo: Describir los hábitos de salud circadiana de las cuidadoras: exposición a la luz, actividad física y sueño.

Métodos: Estudio descriptivo realizado en un área básica de salud donde la población diana fueron las cuidadoras. Para la obtención de los datos se utilizaron dispositivos multicanal Kronowise, que se colocaron en la muñeca no dominante de la cuidadora durante 6 días consecutivos. Todos los datos registrados se descargaron dentro de la plataforma kronowisare. Esta plataforma generaba un informe con las principales variables del ritmo circadiano. Este estudio se ha centrado en aquellas variables que se podían modificar: exposición a la luz, actividad física y sueño. Se utilizó una escala modificada de la escala de hábitos circadianos saludables recogiendo los 12 primeros indicadores (4 para exposición a la luz, 4 para actividad física y 4 para sueño), pudiendo determinar de forma objetiva y dicotómica si los hábitos circadianos de las cuidadoras eran saludables o no. Se consideraba el indicador positivo si se cumplía 5 de los 6 días de registro. Además, se sumaron estos 12 indicadores, categorizándolos en: hábitos que requieren cambios inmediatos (0–2 variables positivas), hábitos mejorables (3–5), buenos hábitos circadianos (6–8) y hábitos excelentes (9–12).

Resultados: Se incluyeron 28 cuidadoras en el estudio, de las cuales la mitad 14 (50%) dormían en oscuridad total y la mayoría 26 (92,9%) no se exponían a la luz natural exterior. Si nos fijamos en la actividad física, la mayoría 24 (85,75%) de las cuidadoras están sentadas más de 10h al día, pero realizan intervalos de 30 minutos de actividad física moderada/vigorosa. En el hábito del sueño, encontramos que todas las cuidadoras 28 (100%) no duerme 5 días a la semana entre 7 y 9h al día, no obstante, la mediana de sueño es de 8,79h. La mayoría de las cuidadoras 26 (92,9%) hace siestas de más de 30 minutos el mediodía. Si analizamos los 12 indicadores de hábitos de manera conjunta encontramos que más de la mitad de las cuidadoras requiere cambios en sus hábitos circadianos, 8 (28,6%) de las cuidadoras requerían cambios inmediatos en sus hábitos, esto se traduce a que solo cumplían 2 de los 12 hábitos, y 10 (35,7%) de las cuidadoras tenían hábitos mejorables, es decir, cumplían entre 3 y 5 hábitos.

Discusión: Este estudio ha podido describir los hábitos de salud circadiana de las cuidadoras, donde se ha visto que no son saludables y que necesitan cambios. Estos resultados no se han podido comparar con otros estudios por falta de evidencia previa. Es por este motivo que sería importante seguir investigando sobre la salud circadiana para poder así ofrecer a las enfermeras una visión más global e integrada de estas y poderlas ayudar de una forma más profunda. Mejorar la salud circadiana de las cuidadoras hará que estén mejor y consecuentemente también cuiden mejor.

Referencias bibliográficas:

1. Dhruva A, Lee K, Paul SM, West C, Dunn L, Dodd M, et al. Sleep–wake circadian activity rhythms and fatigue in family caregivers of oncology patients. *Cancer Nurs* [Internet]. 2012 Jan;35(1):70–81.

2. Ortiz-Tudela E, Martínez-Nicolas A, Campos M, Rol MÁ, Madrid JA. A new integrated variable based on thermometry, actimetry and body position (TAP) to evaluate circadian system status in humans. *PLoS Comput Biol*. 2010;6(11).
3. Rodríguez-Morilla, B., Martínez-Madrid, M.J., Campos-Martínez, M., Rol-Lama, M.A., Madrid-Pérez JA. Monitorización Circadiana Ambulatoria (MCA). Valores de referencia de parámetros circadianos y de sueño de la población española y escala de hábitos circadianos saludables Kronoscore. 2021.
4. Bonmati-Carrion MA, Middleton B, Revell V, Skene DJ, Rol MA, Madrid JA. Circadian phase assessment by ambulatory monitoring in humans: correlation with dim light melatonin onset. *Chronobiol Int [Internet]*. 2014;31(1):37-51.
5. Ortiz-Tudela, E., Martínez-Nicolas, A., Campos, M., Rol, M. Á., & Madrid JA, Ortiz-Tudela E. Ambulatory Assessment of the Functional Status of the Human Circadian System. *PLoS Computational Biology*. Murcia; 2014.
6. Madrid-Navarro CJ, Cuesta FJP, Escamilla-Sevilla F, Campos M, Abellán FR, Rol MA, et al. Validation of a device for the ambulatory monitoring of sleep patterns: A pilot study on Parkinson's disease. *Front Neurol*. 2019;10

Otros aspectos del trabajo:

i. Este estudio ha sido aprobado por el comité de ética e investigación (CEIC) del hospital universitario de Girona Doctor Josep Trueta el 26 de junio del 2018. Todos los participantes aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

ii. Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

iii. Los autores no han utilizado inteligencia artificial ni tecnologías asistidas para el proceso de redacción.

Palabras clave: Cuidadoras, hábitos de salud circadiana, sueño, exposición a la luz, actividad física

Bibliografía:

- ¹ Dhruva A, Lee K, Paul SM, West C, Dunn L, Dodd M, et al. Sleep-wake circadian activity rhythms and fatigue in family caregivers of oncology patients. *Cancer Nurs [Internet]*. 2012 Jan;35(1):70-81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21760489/>
- ² Ortiz-Tudela E, Martínez-Nicolas A, Campos M, Rol MÁ, Madrid JA. A new integrated variable based on thermometry, actimetry and body position (TAP) to evaluate circadian system status in humans. *PLoS Comput Biol*. 2010;6(11).
- ³ Rodríguez-Morilla, B., Martínez-Madrid, M.J., Campos-Martínez, M., Rol-Lama, M.A., Madrid-Pérez JA. Monitorización Circadiana Ambulatoria (MCA). Valores de referencia de parámetros circadianos y de sueño de la población española y escala de hábitos circadianos saludables Kronoscore. 2021.
- ⁴ Bonmati-Carrion MA, Middleton B, Revell V, Skene DJ, Rol MA, Madrid JA. Circadian phase assessment by ambulatory monitoring in humans: correlation with dim light melatonin onset. *Chronobiol Int [Internet]*. 2014;31(1):37-51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24164100/>
- ⁵ Ortiz-Tudela, E., Martínez-Nicolas, A., Campos, M., Rol, M. Á., & Madrid JA, Ortiz-Tudela E. Ambulatory Assessment of the Functional Status of the Human Circadian System. *PLoS Computational Biology*. Murcia; 2014. Available from: [https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/38449/1/TD_Elisabet Ortiz Tudela.pdf](https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/38449/1/TD_Elisabet%20Ortiz%20Tudela.pdf)
- ⁶ Madrid-Navarro CJ, Cuesta FJP, Escamilla-Sevilla F, Campos M, Abellán FR, Rol MA, et al. Validation of a device for the ambulatory monitoring of sleep patterns: A pilot study on Parkinson's disease. *Front Neurol*. 2019;10

Otros aspectos:

Impacto de la turnicidad en el personal de Enfermería

ID Comunicación: 203

Tipo de comunicación: Oral

Martínez Martín-Luengo, M. M.; Aparicio Martín, A.; López Moreno, L.; Miana, M.; Sanz Guijo, M.

Título: Impacto de la turnicidad en el personal de Enfermería.

Autoría: M.^a Miriam Martínez Martín-Luengo*, Andrea Aparicio Martín*, Laura López Moreno*, María Miana*, María Sanz Guijo*.

**Facultad de Enfermería y Fisioterapia "Salus Infirmorum". Universidad Pontificia de Salamanca.*

Palabras clave: Horario de Trabajo por Turnos, Personal de Enfermería, Calidad del Sueño, Estado de Salud.

Objetivos: En la sociedad actual, una parte significativa de nuestro tiempo diario se dedica al trabajo. Más que una simple fuente de ingresos se ha convertido en un componente fundamental de nuestra identidad personal. El trabajo a turnos es el sistema implementado en el sector "salud" para poder brindar unos servicios interrumpidos. Estas jornadas atípicas pueden producir consecuencias en la vida diaria de los trabajadores, por lo que el objetivo de este estudio fue analizar la influencia del trabajo a turnos en el personal de Enfermería.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal sobre una muestra de 169 profesionales de Enfermería, tanto enfermeras como Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) de distintos centros sanitarios de la Comunidad de Madrid. La recogida de datos se realizó mediante tres cuestionarios validados, el cuestionario de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), la Escala analógico visual de Adaptación al Turno de Trabajo (ATT) y el Cuestionario de salud SF-12, además de la encuesta Consumo de tóxicos por tipo de turno de trabajo. Se obtuvo un Alfa de Cronbach en la aplicación de los tres cuestionarios validados mayor a 0,7.

Resultados: La mayoría de los participantes, el 72,8%, tiene mala calidad de sueño. Por otro lado, el personal con turnos rotatorios, con un 48,76%, tienen una peor adaptación al turno de trabajo que los que realizan turnos fijos que cuentan tan solo con un 27,08%. Los trabajadores de los turnos rotatorios de mañana, tardes y noches con un 53,5%, junto con el turno fijo de noches con el 37,5%, destacan por una peor adaptación al turno; además, aunque no hay diferencias significativas, tienen una peor calidad de sueño y una percepción de salud más baja que el resto. El consumo de tóxicos aumentó en todos los turnos, excepto en el turno fijo de mañanas y tardes, siendo el tóxico más consumido la cafeína con un 59,76%.

En cuanto a las variables sociodemográficas, destaca el lugar de trabajo, ya que la peor calidad de sueño, adaptación y percepción de salud son los trabajadores que se encuentran en los servicios de Hospitalización y Servicios Especiales como Urgencias Intrahospitalarias y unidades de Cuidados Intensivos.

El tener personas a cargo dificulta la adaptación al turno de trabajo con un mayor porcentaje de mala adaptación con un 50% y una adaptación intermedia del 47,4%, en comparación a los trabajadores que no cuentan con hijos u otras personas a cargo con un 36,8% de mala adaptación y una adaptación intermedia del 27%. Además, la autopercepción de salud de aquellos trabajadores con personas a cargo es peor, ya que obtuvieron puntuaciones más bajas. Todo ello hace que se dificulte la conciliación laboral y personal.

Los hombres tienen una mejor percepción de salud con un Rango Promedio (RP) de 106,68 que las mujeres con RP 81,24; además en cuanto a la edad, en ambos sexos cuanto más joven, mejor percepción de salud hay.

Dentro del personal de Enfermería, las enfermeras (RP 92,52) tienen una mejor percepción de salud que las TCAEs (RP 66,04). En las especialidades, las enfermeras que trabajan con personas más jóvenes tienen una mejor percepción de su salud, como las Matronas o las especialistas en Pediatría.

Discusión: En relación con la calidad de sueño, el personal de Enfermería destaca por una mala calidad de sueño, independientemente del turno de trabajo y la turnicidad. Del mismo modo, concluyen Rosa et al. y Alshahrani et al. en sus estudios, muestran una mala calidad del sueño que empeora con los turnos rotatorios. Con relación a la adaptación al turno

de trabajo, los trabajadores del turno fijo obtuvieron una mejor adaptación que los de turno rotatorio. Esta afirmación se ve apoyada por estudios como el de Sánchez Oliván. No se encontraron diferencias significativas entre la influencia de la turnicidad con la autopercepción de la salud, aunque en otros estudios como el de Li et al. dice que los trabajadores con turnos rotatorios tienen más probabilidad de tener niveles superiores de ansiedad y estrés. Tanto en el turno fijo como en el rotatorio hubo un aumento del consumo de algún tóxico, destacando la cafeína que fue el tóxico más consumido, de igual manera que en otros estudios como el de Moncada Ruiz.

En cuanto a las variables sociodemográficas, el lugar de trabajo, coincidiendo con numerosos estudios como el de Tudela y Noris MLL, et al. destacan la mala calidad de sueño, adaptación al turno y autopercepción de salud de los trabajadores de las unidades de Cuidados Intensivos en comparación con los de Atención Primaria y Urgencias Extrahospitalarias. Los hombres tienen una mejor percepción de salud que las mujeres, así lo refleja el Instituto Nacional de Estadística en sus publicaciones. Los trabajadores con hijos u otras personas a cargo cuentan con una peor adaptación al turno y percepción de salud, esta hipótesis es apoyada por proyectos como el de SOPHIE, que muestra el desequilibrio entre las largas jornadas de trabajo junto con las responsabilidades familiares de los trabajadores. Las enfermeras tienen una mayor percepción de salud que las TCAEs, de igual manera que en el estudio de Díaz-Ramiro et al. Además, trabajar con personas más jóvenes hace que se tenga una mejor percepción de su salud, como las Matronas, aunque no se encontraron más estudios para contrastar esta hipótesis.

Todo ello debe de ser tenido en cuenta por los gestores de los sistemas sanitarios y así poder mejorar los turnos de los trabajadores, su calidad de vida e indirectamente la atención a los pacientes.

Referencias:

1. Peptońska B, Nowak P, Trafalska E. The association between night shift work and nutrition patterns among nurses: a literature review. *Med Pr* [Internet]. 14 de junio de 2019 [citado 15 de abril de 2024];70(3):363–76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31086356/>
2. Vega-Escañó J, Porcel-Gálvez AM, Barrientos-Trigo S, Romero-Sánchez JM. La turnicidad como factor determinante en la aparición de insomnio en población laboral: revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2020 [citado 15 de abril de 2024];(94):132. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721504>
3. Rosa D, Terzoni S, Dellafiore F, Destrebecq A. Systematic review of shift work and nurses' health. *Occup Med (Lond)* [Internet]. 24 de junio de 2019 [citado 15 de abril de 2024];69(4):237–43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31132107/>
4. Sánchez Oliván AM. Impacto del trabajo a turnos en la salud y la conciliación laboral/familiar del personal de enfermería en el Hospital General San Jorge de Huesca [Internet]. 1.a ed. Editorial Científica 3Ciencias; 2019 [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.3ciencias.com/libros/libro/impacto-del-trabajo-a- turnos-en-la-salud-y-la-conciliacion-laboral-familiar>
5. Li Y, Wang Y, Lv X, Li R, Guan X, Li L, et al. Effects of Factors Related to Shift Work on Depression and Anxiety in Nurses. *Front Public Health* [Internet]. 2022 [citado 15 de abril de 2024];10:926988. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35910870>
6. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud [Internet]. 2020 [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&%20p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
7. Díaz-Ramiro EM, Rubio-Valdehita S, López-Núñez MI, Aparicio-García ME, Díaz-Ramiro EM, Rubio-Valdehita S, et al. Los hábitos de sueño como predictores de la salud psicológica en profesionales sanitarios. *Anales de Psicología* [Internet]. septiembre de 2020 [citado 20 de abril de 2024];36(2):242–6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282020000200006&lang=es

Otros aspectos de interés:

- i. El estudio presentado cuenta con el informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia de Salamanca.

- ii. Los autores de dicho estudio exponen no tener ningún conflicto de interés.
- iii. En este estudio no se ha utilizado inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: Horario de Trabajo por Turnos, Personal de Enfermería, Calidad del Sueño, Estado de Salud.

Bibliografía:

- ¹ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud [Internet]. 2020 [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
- ² Díaz-Ramiro EM, Rubio-Valdehita S, López-Núñez MI, Aparicio-García ME. Los hábitos de sueño como predictores de la salud psicológica en profesionales sanitarios. *Anales de Psicología* [Internet]. septiembre de 2020 [citado 20 de abril de 2024];36(2):242-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-97282020000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- ³ Palazón Galera E, Sánchez López JC. Calidad del sueño del personal de enfermería. Comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas. *Revista Enfermería del Trabajo* [Internet]. 2017 [citado 15 de abril de 2024];7(2):30-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5920690>
- ⁴ Sánchez Oliván AM. Impacto del trabajo a turnos en la salud y la conciliación laboral/familiar del personal de enfermería en el Hospital General San Jorge de Huesca [Internet]. 1.a ed. Editorial Científica 3Ciencias; 2019 [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.3ciencias.com/libros/libro/impacto-del-trabajo-a-turnos-en-la-salud-y-la-conciliacion-laboral-familiar>
- ⁵ Peplowska B, Nowak P, Trafalska E. The association between night shift work and nutrition patterns among nurses: a literature review. *Med Pr* [Internet]. 14 de junio de 2019 [citado 15 de abril de 2024];70(3):363-76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31086356/>
- ⁶ Vega-Escañó J, Porcel-Gálvez AM, Barrientos-Trigo S, Romero-Sánchez JM. La turnicidad como factor determinante en la aparición de insomnio en población laboral: revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2020 [citado 15 de abril de 2024];(94):132. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721504>
- ⁷ Li Y, Wang Y, Lv X, Li R, Guan X, Li L, et al. Effects of Factors Related to Shift Work on Depression and Anxiety in Nurses. *Front Public Health* [Internet]. 2022 [citado 15 de abril de 2024];10:926988. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35910870/>

Otros aspectos:

Comunicaciones orales: Salud mental / Oral communications: Mental health

Perfil sociodemográfico y clínico del paciente ingresado en Hospitalización a Domicilio de Salud Mental en tres áreas geográficas.

ID Comunicación: 234
Tipo de comunicación: Oral

Feria Raposo, I.; Muñoz Fernández, J.; Delgado Almeda, M.; Mampel Caballero, N.; García Membrive, C.; Alcalde Vicente, E.; Atienza Rodríguez, L.; Patiño Cobo, Y.; Blánquez Gómez, B.

Introducción: La hospitalización domiciliar dentro de la atención en salud mental está ganando reconocimiento como una opción valiosa para la atención de individuos con trastornos mentales severos (TMS) agudos.¹⁻² En los últimos años se ha objetivado un cambio del perfil de los pacientes atendidos en las diferentes áreas geográficas que pueden responder a variaciones poblacionales, del perfil sociodemográfico o a cambios en los perfiles clínicos de los pacientes atendidos.

Este análisis busca identificar patrones comunes y diferencias entre las áreas, permitiendo adaptar los recursos y mejorar la atención ofrecida. Los resultados ayudarán a comprender mejor las necesidades de los pacientes según el contexto geográfico, facilitando la planificación de estrategias de intervención más ajustadas a cada territorio.

Objetivo: Describir el perfil sociodemográfico, clínico y de gravedad de los pacientes atendidos en la unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD) a lo largo del 2023

Método: Estudio observacional descriptivo de los pacientes ingresados en la HaD a lo largo del año 2023.

El ámbito de estudio fueron tres áreas geográficas:

- Granollers (GR) con una población de 422.149 dentro de un entorno predominantemente urbano con extenso perímetro industrial y parte de la población enmarcada en núcleos rurales como pueblos o urbanizaciones anexas a la ciudad.
- Sant Boi de Llobregat (SB) con 126.679 habitantes, entorno de menor tamaño y más urbanizado, con zonas residenciales densamente pobladas, aunque preserva espacios dedicados a trabajos agrícolas y zonas verdes.
- Hospitalet (LH) con 276.617 habitantes, ciudad con carácter completamente urbano y anexa a la capital condal con alta densidad poblacional (alguna de sus zonas con la mayor densidad de Europa).

Se seleccionó al total de los pacientes que ingresaron el año 2023 y que cumplían con los criterios de inclusión establecidos. Los usuarios candidatos a entrar en el programa HaD fueron; pacientes con un episodio psicopatológico agudo tributarios de una intervención intensiva que pueden permanecer en domicilio, que acepten voluntariamente el seguimiento por parte del personal especializado y que tenga soporte sociofamiliar adecuado que le permita mantener la adherencia al tratamiento y la colaboración durante la intervención. Como criterios de exclusión comorbilidad con patología somática grave, alteración conductual grave o riesgo elevado de suicidio.

Durante el ingreso en el programa, se recopilaron datos sociodemográficos y clínicos detallados, los cuales fueron utilizados para definir el perfil de cada paciente y su evolución. Las variables sociodemográficas incluyeron: sexo, edad, lugar de nacimiento, estado civil, nivel de estudios finalizados, número de convivientes en domicilio, unidad de derivación que remite el paciente y tiempo de espera hasta el ingreso en la unidad de HaD tras la derivación.

En el ámbito clínico, se recogieron variables referentes al diagnóstico clínico, causa de ingreso y nivel de funcionalidad del usuario evaluado a través de las siguientes escalas:

- Escala HONoS (Health of the Nation Outcome Scales) para medir el funcionamiento psicosocial y la severidad de problemas

específicos como conductuales, deterioro, problemas clínicos y sociales. 3–4

- Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) evalúa el nivel de funcionamiento del usuario con patología mental. 5
- Escala BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) que evalúa la gravedad clínica mediante la medición de la intensidad de los síntomas psiquiátricos, incluyendo síntomas positivos y negativos. 4–6
- Escala de Depresión de Beck para medir la intensidad de la sintomatología depresiva. 7
- Riesgo de impulsividad, suicidio y violencia se evaluaron mediante las escalas de Plutchik, estableciendo puntos de corte (>20 para impulsividad, >6 para riesgo suicida y >3 para riesgo de violencia). 8–9

Alta del dispositivo se evaluaron nuevamente algunas de las variables clínicas como la HONoS y la BPRS, lo que permitió medir los resultados obtenidos durante el periodo de ingreso.

Finalmente, se analizaron otras variables relacionadas con el proceso asistencial: como la estancia media de los usuarios, el tiempo de espera del paciente desde la solicitud de derivación hasta el ingreso en HaD, la derivación al alta a otro dispositivo de salud mental y si se han alcanzado o no los objetivos marcados durante el ingreso. Por último, se contabiliza el número de visitas con cada uno de los profesionales del equipo (tanto de forma presencial como no presencial) durante todo el tiempo de ingreso con el objetivo de medir la intensidad de la intervención realizada.

En todo momento se ha mantenido la anonimización completa de los datos, cumpliendo con las normativas éticas y legales en cuanto a la protección de datos personales y confidencialidad. Se respetaron los principios de la práctica clínica habitual asegurando una atención de calidad y según los estándares establecidos. El estudio fue aprobado por el comité de ética correspondiente, garantizando el cumplimiento de todos los requisitos para la investigación.

Los investigadores no presentan conflictos de interés en relación a la participación en el estudio. Se han cumplido con las indicaciones de buenas prácticas en investigación y no se ha hecho uso de inteligencia artificial para ninguna de las partes.

Resultados: Se atendió a 145 pacientes; 55 en GR, 68 en LH y 22 en SB. La edad media de los pacientes atendidos fue 46,4 años, 52% mujeres.

La estancia media fue 26,95 días (22,83 GR, 27,62 LH y 30,4 SB). La media de días de espera global para ingresar fue 8,62 días (7,36 GR, 6,3 LH y 12,2 SB). Los diagnósticos principales han sido el trastorno depresivo, trastornos del espectro psicótico y trastorno bipolar. Mayoritariamente derivados al alta al CSMA.

En cuanto a gravedad clínica la puntuación global en la BPRS al ingreso fue de 30,92 (27,54 GR, 20,41 LH, 44,8 SB) y al alta 25,28 (23,02 GR, 17,71 LH, 35,1 SB). En la evaluación de la funcionalidad partieron de una HONoS al ingreso de 17,38 (15,49GR, 13,54LH, 23,11 SB) y al alta obtuvieron 13,01 (12,75GR, 10,90 LH, 15,38 SB). En cuanto a actividad global el resultado global al ingreso fue 47,64 (44,52 GR, 53,19 LH, 45,20 SB) y al alta 57,59 (54,78 GR, 58,38 LH, 59,60 SB).

Finalmente, la puntuación global de la escala Plutchik de impulsividad fue de 19,64, suicidio 8,13 y violencia 4,43 (18,22/8,41/3,88 GR, 21/8,68/4,41 LH, 19,7/7,3/5 SB).

Discusión: Puntuaron de mayor gravedad y peor funcionamiento global los pacientes de Sant Boi de Llobregat, área geográfica parecida a la de L'Hospitalet y mejor en Granollers con un área más rural. Hubo mejoría del estado clínico y funcional, así como la actividad global al alta en todas las áreas. No hubo eventos adversos a pesar de las puntuaciones en impulsividad, suicidio y violencia que fueron elevadas.

El estudio pretendía ofrecer una descripción detallada del perfil de los pacientes atendidos en Hospitalización a Domicilio en salud mental, aportando datos relevantes que contribuyan a la comprensión de los factores que influyen en la atención de los usuarios según las diferentes áreas de actuación. Los resultados permitirán identificar patrones comunes y diferencias entre las diferentes zonas estudiadas, lo que permitirá implementar mejoras en la planificación y asignación de recursos, así como para ajustar las estrategias de intervención en función de las necesidades específicas de cada territorio.

Los últimos años y sobretodo post-covid los procesos se han complicado. Identificar el perfil clínico ayudará a definir las intervenciones más adecuadas y evitar así o reducir la hospitalización, ayudando a las personas en su entorno.

Palabras clave: Hospitalización a Domicilio, intervención domiciliaria, salud mental, psiquiatría

Bibliografía:

- ¹ Knapp MRJ, Marks IM, Wolstenholme J, et al. Home-based versus hospital-based care for serious mental illness: Controlled cost-effectiveness study over four years. *Br J Psychiatry*. 1998;172(6):506-512.
- ² Marks IM, Connolly J, Muijen M, Audini B, McNamee G, Lawrence RE. Home-Based Versus Hospital-Based Care for People with Serious Mental Illness. *Br J Psychiatry*. 1994;165(2):179-194.
- ³ Pirkis JE, Burgess PM, Kirk PK, Dodson S, Coombs TJ, Williamson MK. A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3(1):76.
- ⁴ Casas, Emma, Escandell, María José, Ribas, María, & Ochoa, Susana. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 25-47. Recuperado en 20 de septiembre de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000100002&lng=es&tlng=es.
- ⁵ Alcántara CA, Echevarría SR, Uruchurtu EI, Marañón RM, Pérez SM, Etxebeste PM, Fraile GM, Gómez FC. El tiempo de psicosis no tratada como factor predictivo y pronóstico en el curso de los primeros episodios psicóticos [Duration of untreated psychosis as predictive and prognostic factor in the course of first episode psychosis]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007 May-Jun;35(3):162-9. Spanish.
- ⁶ Hafkenscheid A. Psychometric evaluation of a standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1991;84(3):294-300.
- ⁷ Wang J, Wu X, Lai W, Long E, Zhang X, Li W, Zhu Y, Chen C, Zhong X, Liu Z, Wang D, Lin H. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017 Aug 23;7(8):017173.
- ⁸ Martínez-Medina MP, González-Forteza C, Padrós-Blázquez F. Diferencias psicopatológicas entre pacientes adolescentes del sexo femenino con y sin intento de suicidio [Psychopathological differences between female adolescent patients with and without suicide attempt]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2023 Sep 4;61(5):597-602. Spanish. doi: 10.5281/zenodo.8316441.
- ⁹ Verdejo-García A, Lozano O, Moya M, Alcázar MA, Pérez-García M. Psychometric properties of a Spanish version of the UPPS-P impulsive behavior scale: reliability, validity and association with trait and cognitive impulsivity. *J Pers Assess*. 2010 Jan;92(1):70-7.

Otros aspectos:

Evaluación de la salud emocional en jóvenes con Diabetes tipo 1: Un enfoque integral para el bienestar.

ID Comunicación: 230

Tipo de comunicación: Oral

Civitani Monzon, E.; Casanovas-Marsal, J-O.; Ferrer Duce, M.; Yelmo Valverde, R.; Goicoechea Manterola, I.; De Arriba Muñoz, A

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) afecta 490000 niños mundialmente(1) y cada año se diagnostican 100000 nuevos casos(2). La transición en la gestión de la diabetes de los padres a sus hijos supone experimentar ciertas dificultades que tienen como consecuencia un empeoramiento metabólico, un riesgo de complicaciones microvasculares y una alta carga psicológica (3,4).

Objetivos: Valorar, describir y relacionar el distrés emocional y los parámetros de control metabólico en el paciente con diabetes pediátrico.

Metodología: Estudio multicéntrico transversal de 636 pacientes entre 8 - 17 años, diagnosticados de DM1 con > 1 año de evolución, en tratamiento y seguimiento en 3 Hospitales de referencia a nivel nacional entre el 01/10/2022 hasta el 31/12/2023. La valoración del distrés emocional se realizó mediante el cuestionario PAID-Peds versión español y se registraron las variables sociodemográficas y los parámetros de control metabólico referentes a la DM1. El estudio fue aprobado por el CEIC de cada hospital participante. Se realizó el análisis descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas y se asociaron las variables mediante pruebas de contraste de hipótesis. Los efectos se consideraron significativos si $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó utilizando Jamovi® 2.3.13.

Resultados: Participación final de 538 pacientes (84.59%); el 51.67% fueron niños; edad media total 13.60 ± 2.74 años, edad media del debut 7.49 ± 3.84 , el 76.58% pertenecían a familias biparentales, peso medio 52.73 ± 16.15 kg, talla media 158.17 ± 14.74 cm, IMC medio 20.60 ± 3.84 , Hb1AC media $7.34 \pm 0.99\%$, media del coeficiente de variación $37.75 \pm 7.53\%$, media de tiempo en rango (70-180 mg/dl) $61.33 \pm 16.64\%$ y puntuación media PAID-Peds 45.05 ± 18.13 con un tiempo de respuesta medio de 4.22 ± 2.78 minutos. Se hallaron correlaciones positivas entre Hb1Ac y PAID-Peds (0.14; $p < 0.001$). Se obtuvo un Alpha de Cronback de 0.90, un rango de correlaciones para cada ítem de 0,30 - 0,69 y un χ^2 para un ajuste exacto en AFC de $p < 0.001$ (χ^2 : 812.28; gl: 170).

Discusión:

El cuestionario PAID-Peds validado al español es una herramienta válida para detectar la carga emocional en la población pediátrica con DM1. Poder disponer de ella, supondrá un impacto directo de mejora en los jóvenes con diabetes. Su inclusión en las rutinas de las unidades de diabetes ayudará a implementar estrategias e intervenciones más eficaces de forma precoz. Esta escala permitirá conocer las consecuencias psicosociales de la diabetes en los jóvenes y comparar resultados de forma internacional.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 1, distrés emocional, adolescentes

Bibliografía:

¹ 1. Desai S, Deshmukh A. Mapping of type 1 Diabetes Mellitus. *Curr Diabetes Rev.* 2020;16(5):438-41

² 2. Patterson C, Karuranga S, Salpea P, Saeedi P, Dahlquist G, Soltesz G, et al. Worldwide estimates of incidence, prevalence and mortality of type 1 Diabetes in children and adolescents: results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract.*

³ 3. Stahl-Pehe A, Landwehr S, Lange K, Bächle C, Castillo K, Yossa R et al. Impact of quality of life (QoL) on glycemic control (HbA1c) among adolescents and emerging adults with long-duration type 1 diabetes: A prospective cohort-study. *Pediatr Diabetes [Internet].* 2017;18(8):808-16

⁴ 4. Iturralde E, Hood K, Weissberg-Benchell J, Anderson B, Hilliard M. Assessing strengths of children with type 1 diabetes: Validation of the Diabetes Strengths and Resilience (DSTAR) measure for ages 9 to 13. *Pediatr Diabetes*

Otros aspectos:

Humanización asistencial en hospitalización de salud mental: perspectiva de la persona, convivientes y profesionales

ID Comunicación: 385

Tipo de comunicación: Oral

Sanz Osorio, M. T.; Sánchez Rueda, G.; Vallés Callol, V.; González Diez, L.; Escobar Bravo, M. Á.; Monistrol Ruano, O.

Título: Humanización asistencial en hospitalización de salud mental: perspectiva de la persona, convivientes y profesionales

Autoría:

María Teresa Sanz Osorio: Grupo de Investigación en Diagnósticos e Intervenciones Complejas en Salud desde la Ocupación y el Cuidado (OCCARE). Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universitat Autònoma de Barcelona, Terrassa, España. ORCID: 0000-0001-6975-2460.

Guadalupe Sánchez Rueda: Grupo de Investigación en Diagnósticos e Intervenciones Complejas en Salud desde la Ocupación y el Cuidado (OCCARE), Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universitat Autònoma de Barcelona, Terrassa, España. ORCID: 0000-0002-4163-7492

Vicenç Vallès Callol: Médico Especialista en Psiquiatría. Director del Àmbito de Atención a la Salud Mental del Centro Universitario Consorci Sanitari de Terrassa (CST). Psiquiatra. ORCID: 0000-0003-3170-4353

Lydia González Diez: Trabajadora social. Coordinadora de la unidad de Trabajo Social del Centro Universitario Consorci Sanitari de Terrassa (CST)

Miguel Ángel Escobar Bravo: Departamento de enfermería y fisioterapia. Universitat de Lleida. ORCID: 0000-0003-1657-4714

Olga Monistrol Ruano: Profesora Lectora. Departamento de enfermería y fisioterapia. Universitat de Lleida. ORCID: 0000-0001-7605-8733.

Palabras clave: humanización asistencial, hospitalización psiquiatría, salud mental, investigación cualitativa

Objetivo

Explorar desde la perspectiva de la persona con experiencia propia en salud mental, el cuidador o el conviviente y los profesionales, los conceptos, valores y líneas estratégicas relacionadas con la humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría.

Metodología

Estudio cualitativo de teoría fundamentada centrado en la construcción de la definición de humanización asistencial y propuesta de sus valores y líneas estratégicas, a partir de las experiencias vividas durante los ingresos en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría de personas adultas, sus cuidadores o convivientes y los profesionales sanitarios que les atendieron.

Como estrategia de generación de la información se realizaron grupos focales y entrevistas en profundidad. Toda la información fue grabada y transcrita literalmente. Se realizó análisis temático y se construyó y definió un modelo teórico de humanización asistencial en salud mental en fase aguda.

Se obtuvo la aprobación del comité de ética. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Se garantizó el anonimato de todos los participantes durante todo el proceso.

Resultados

Se realizaron 13 grupos focales y 3 entrevistas en profundidad, con un total de 61 participantes (20 personas con experiencia propia, 20 familiares y/o convivientes y 21 profesionales. Entre los profesionales se pudo contar con la experiencia de enfermeras generalistas, enfermeras especialistas en salud mental, residentes de enfermería de salud mental, trabajadoras sociales y técnicos auxiliares en cuidados enfermeros.

La humanización en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría se definió como (1):

"Los factores, que permiten al profesional brindar una atención individualizada, integral de calidad, validada por la evidencia científica, en el marco de la ética profesional. Esta atención, está basada en la dignidad, respeto y empoderamiento de la persona, con la finalidad de acompañar en el desarrollo de su autonomía y participación en su proceso terapéutico. Enmarcada en un clima de confianza y seguridad, facilitando la transversalidad de la atención, la adherencia terapéutica, la integración y la lucha contra el estigma, mediante el vínculo terapéutico, tratando a la persona como ser humano"

Se identificaron 6 valores: a) ética/responsabilidad, b) competencia actitudinal, c) competencia comunicativa del profesional, d) empoderamiento/autonomía y libertad de la persona, e) trabajo en equipo, f) igualdad y lucha contra el estigma.

Se extrajeron 6 líneas estratégicas: a) cultura organizacional, b) cuidado centrado en la persona y su entorno, c) intervenciones terapéuticas, d) funcionamiento de la unidad de hospitalización de agudos psiquiátrica, e) seguridad y protección, f) recursos físicos. Siendo el foco de la humanización asistencial el binomio persona-conviviente y profesional.

Además, la persona identificó experiencias negativas durante los ingresos, causantes de la conducta agresiva, entre las que se destacan el miedo a los profesionales, la percepción de ser tratados injustamente y lo que ellos denominan "la falsa comunicación".

El familiar y/o conviviente refirió emociones negativas y miedo ante los ingresos hospitalarios en las unidades de agudos de psiquiatría, afirmando que, si se producían episodios de alteración de la conducta, con o sin agresividad y se llegaba a utilizar la contención mecánica, al alta hospitalaria sus seres queridos les culpaban del ingreso, y se negaban a volver al hospital en caso de descompensación, viéndose comprometida la adherencia terapéutica, puesto que rechazaban todo contacto con los dispositivos comunitarios de salud mental y con la medicación, empeorando la convivencia y dejando a las familias sin opciones terapéuticas. Esta situación, según valoraron las familias, se mantenía en el tiempo a lo largo de los años.

Los profesionales definieron factores internos como el miedo, la rigidez o el autoconocimiento y externos, como los organizacionales, que afectaron el cuidado proporcionado.

Discusión

Los valores y líneas estratégicas adquieren pleno sentido, al ser consideradas en su conjunto, proporcionando una visión holística. Sin esta conexión no se concibe la humanización. Este hallazgo coincide con los aspectos de defender y desarrollar la dignidad humana propuestos en la teoría del cuidado humano de Jean Watson (2).

En este sentido, todos los aspectos relacionados con el trato proporcionado por los profesionales, como el respeto, la dignidad, la honestidad, la sinceridad o el cuidado ético, condicionan el vínculo terapéutico, construyendo el marco imprescindible para alcanzar la humanización asistencial. Por ello, la reducción y evitación del uso de las contenciones mecánicas, resulta un elemento clave de la humanización de los cuidados.

El miedo, identificado como disparador de la agresividad (3,4,5) es la emoción común identificada por todos los implicados (personas con experiencia propia ingresadas, los cuidadores y/o convivientes y los profesionales), aunque cada uno de ellos realiza diferentes interpretaciones y consecuencias.

Tras la investigación realizada, se puede afirmar que todo aquello que proporcione seguridad y confianza a los profesionales, disminuirá el riesgo de tener miedo a la posible conducta agresiva manifestada por las personas ingresadas, por lo que podrán gestionar mejor sus emociones, revirtiendo en una mayor tolerancia, mejor resolución del conflicto y facilitando el trabajo en equipo.

Todo ello conllevará a una menor utilización de contenciones mecánicas, y a su vez, comportará mejor satisfacción tanto con el cuidado proporcionado por el profesional, como el recibido por la persona ingresada y su cuidador, potenciando la adherencia terapéutica, el pronóstico de la evolución de la patología, promoviendo la integración social y la salud mental de

la población.

Por lo expuesto anteriormente, es importante considerar a la persona con patología psiquiátrica aguda, ingresada en una UHAP que manifiesta conductas agresivas, como un ser humano que sufre una crisis y siente miedo o temor, y no solamente como alguien a quien hay que controlar.

Ante esta visión, la agresividad manifestada por las personas ingresadas, se convierte en una oportunidad de creación de relación terapéutica.

Este proyecto, liderado por enfermería, pretende proporcionar una guía para la aplicación de la humanización asistencial y mejorar el cuidado proporcionado a las personas con experiencia propia en salud mental y su entorno.

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Los autores no han utilizado inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción de este resumen.

Palabras clave: Humanización asistencial, hospitalización psiquiatría, salud mental

Bibliografía:

¹ Sanz-Osorio, M. T., González-Diez, L., Sánchez-Rueda, G., Vallès, V., Escobar-Bravo, M. A., & Monistrol, O. (2024). Humanised care in acute psychiatric hospitalisation units: Definition, values and strategic initiatives from the perspective of persons with mental health problems, primary carers and professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 31(2), 228–239. doi.org/10.1111/jpm.12974

² Watson, J. *Nursing: The philosophy and science of caring*. Revised edition. Colorado: University Press of Colorado; 2008.

³ Allikmets S, Marshall C, Murad O, Gupta K. Seclusion: A Patient Perspective. *Issues Ment Health Nurs*. 2020;41(8):723-735. doi:10.1080/01612840.2019.1710005

⁴ Ayhan D, Mercan N, Doğan R, Yüksel Ç. The aggressive patient experiences of healthcare professionals exposed to physical violence in a psychiatric clinic: A phenomenological study. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58(2):501-508. doi:10.1111/ppc.12918

⁵ Bell C, Tesli N, Gurholt TP, et al. Associations between amygdala nuclei volumes, psychosis, psychopathy, and violent offending. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2022;319:111416. doi:10.1016/j.pscychresns.2021.111416

Otros aspectos:

Comunicaciones orales: Avances tecnológicos / Oral communications: Technological innovations

Aumento de peso entre usuarios de una aplicación móvil para dejar de fumar desde la atención primaria: ensayo controlado aleatorio agrupado.

ID Comunicación: 173
Tipo de comunicación: Oral

Rey Reñones, C.; Martínez Torres, S.; Pallejà Millán, M.; Duch, J.; Granado Font, E.; Martín Luján, F. M.

El autocontrol de la salud a través de aplicaciones móviles ha transformado la atención médica, facilitando el acceso y mejorando la eficiencia en los servicios sanitarios. Se estima que existen 325 mil aplicaciones de salud, muchas dedicadas a la reducción de conductas no saludables, como el tabaquismo [1]. A pesar de su crecimiento, existen desafíos en cuanto a la seguridad de los datos y la calidad de las aplicaciones [2]. En España, donde la penetración de la telefonía móvil es alta (124 líneas activas por cada 100 habitantes) [3], el tabaco sigue siendo una causa significativa de mortalidad, responsable de más de 53 mil muertes al año en personas mayores de 35 años [4]. Aunque dejar de fumar tiene beneficios indudables [5], un desafío frecuente es el aumento de peso, que en promedio se sitúa entre 4 y 5 kg en el primer año, especialmente en los primeros tres meses [6]. El temor al aumento de peso retrasa el abandono del tabaco y aumenta las recaídas, especialmente en mujeres [7-9]. Estudios sugieren que la obesidad creciente podría estar relacionada con la disminución del tabaquismo [10,11]. Por lo tanto, controlar el peso al dejar de fumar podría ser clave para abordar ambos problemas de salud.

Las aplicaciones móviles han demostrado ser eficaces para dejar de fumar [12], aunque su éxito podría verse comprometido si no se tiene en cuenta el aumento de peso. Existen pocos estudios que evalúan si el asesoramiento nutricional a través de una aplicación móvil podría ser efectivo para controlar el peso durante el abandono del tabaco.

Cada vez hay más evidencia de que las intervenciones con teléfonos móviles para dejar de fumar son efectivas [13-16], sin embargo, estos efectos beneficiosos podrían minimizarse si no se evalúa el posible aumento de peso de quienes quieren dejar de fumar. Pocos estudios han evaluado si el asesoramiento nutricional proporcionado a través de una aplicación móvil podría ser eficaz para controlar el peso mientras se deja de fumar.

Objetivo

Evaluar si la orientación nutricional proporcionada con una aplicación móvil (APP) para dejar de fumar es eficaz para el control de peso en población general desde la atención primaria de salud.

Métodos

Diseño del estudio y participantes: El protocolo del estudio está publicado [17]. Se trata de un análisis de cohorte prospectivo de un ensayo clínico aleatorizado por grupos realizado en centros de atención primaria de salud de Cataluña entre adultos de al menos 18 años de edad que fumaban al menos 10 cigarrillos al día, con acceso a un dispositivo Smartphone que cumplía con los requisitos de la aplicación, con conexión de datos a Internet y con motivación para dejar de fumar (test de Richmond ≥ 5 o superior). Se excluyeron aquellos con adicciones a otras sustancias psicoactivas y/o con alguna enfermedad psicótica de base.

Los sujetos del grupo de intervención (GI) recibieron un código de activación para una aplicación con un plan para dejar de fumar y orientación sobre hábitos de vida saludables y alimentación equilibrada. Se enviaron mensajes con estrategias para evitar el aumento de peso a los participantes del GI mientras la aplicación estuvo en funcionamiento (los primeros 3 meses tras la activación de la aplicación). Ambos grupos (intervención y control (GC)) siguieron la práctica habitual en los centros de atención primaria asignados.

El seguimiento se realizó desde la visita realizada justo antes del día “D”, hasta la última cita registrada en la base de datos o el final del periodo de estudio (12 meses), lo que ocurriera primero.

Los participantes que no acudieron a una visita fueron llamados por teléfono para programar una nueva y aquellos que se negaron a continuar o aquellos que no pudieron ser localizados fueron considerados recaídas a partir de la última visita realizada.

Para el propósito de este estudio, analizamos la ganancia de peso a los 3 y 12 meses entre los sujetos incluidos en el grupo de intervención y control del ensayo clínico aleatorizado principal.

Aleatorización: España tiene un sistema de atención sanitaria universal y cada persona es asignada a un profesional de atención primaria (médico y enfermera) y a un centro de atención primaria en función de dónde viva. Por lo general, todos los sujetos de una misma familia son asignados a un mismo médico, pero a menudo comparten la misma sala de espera con otros pacientes de los otros médicos que visitan en el mismo centro. Por lo tanto, para evitar la contaminación de los sujetos control del estudio, la unidad de aleatorización fue el propio centro de salud de atención primaria.

Cegamiento: Dada la naturaleza de la intervención, fue imposible enmascarar a los participantes o profesionales a las asignaciones del grupo de estudio. Se realizó un cegamiento a la persona encargada del análisis estadístico.

Métodos estadísticos: Se han evaluado las diferencias en las características basales entre el GI y el GC. Para las variables categóricas se realizó la prueba de Chi-cuadrado. Para las variables continuas, se asumió normalidad dada su distribución, y se realizaron análisis de prueba t para detectar diferencias entre ambos grupos. Se asumió un nivel α de 0,05. Se ajustó un modelo de regresión múltiple para analizar la diferencia de peso de los resultados entre los valores de peso basal y los informados a los 3 y 12 meses y se utilizó una regresión por pasos para seleccionar los posibles factores de confusión (medidos al inicio) incluidos en el modelo final

Resultados

En el estudio participaron un total de 773 sujetos. De ellos, 602 (284 en el GI y 318 en el GC) llegaron a la visita antes del día “D” y, por tanto, se incluyeron en este análisis. De ellos, 186 (85 en el GI y 101 en el GC) fueron seguidos durante 3 meses (fecha a partir de la cual se consideraron recaídas y fueron excluidos del estudio) y 107 (47 en el GI y 60 en el GC) completaron el seguimiento de 12 meses. Se pudieron recuperar datos válidos de peso para 139 y 86 sujetos al final del tercer y duodécimo mes respectivamente.

Las características basales de los participantes detallan que en comparación con los del GC, los sujetos del GI eran más jóvenes (edad media de 42 años frente a 48 años del GC), más sanos y con un nivel de educación superior (el 50% de los sujetos con estudios secundarios completos frente al 40% del grupo de control). Además, presentaban una menor dependencia a la nicotina (el 29,6% de los sujetos del GI obtuvo una puntuación baja en el test de Fargeström frente al 20,1% del GC), y una gran proporción de sujetos que habían intentado dejar de fumar antes de su inclusión en el estudio (el 84,2% frente al 76,1%).

En relación a la variación de peso a los tres y 12 meses entre el GI y el GC se detalla que aquellos en el GI parecieron ganar menos peso que aquellos en el GC al final de los 3 y 12 meses; sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el modelo de regresión múltiple destinado a evaluar si la intervención tuvo alguna influencia en el peso ganado. Otros sujetos que informaron diferencias de peso menores a los 3 y 12 meses fueron aquellos que fumaron menos años, las mujeres, aquellos que informaron usar cigarrillos electrónicos al inicio y aquellos que eran diabéticos.

Discusión

Principales hallazgos: El asesoramiento nutricional proporcionado a través de una aplicación móvil para dejar de fumar no influyó en la ganancia de peso entre usuarios y no usuarios de dicha aplicación a los 3 y 12 meses. Sin embargo, las mujeres, los que fumaron menos años, los que reportaron usar cigarrillos electrónicos y los que eran diabéticos ganaron menos peso a los 3 y 12 meses.

Comparación con estudios previos: La ganancia de peso producida por el abandono del tabaco es una preocupación importante para todos aquellos sujetos que comienzan un programa de abandono del tabaco. Publicaciones previas encontraron resultados conflictivos, mientras que una preocupación excesiva por el peso podría amenazar la abstinencia del tabaco [6] otros encontraron un efecto positivo del control de peso al dejar de fumar, especialmente si se inicia de forma secuencial en lugar de simultánea al programa de abandono del tabaco [18]. El efecto variable de diferentes estrategias de control de peso también se ha reportado en revisiones recientes. Una revisión sistemática [6] informó que, si bien las estrategias educativas generales no son efectivas para el control del peso y podrían tener efectos perjudiciales como una reducción de la abstinencia, las estrategias más personalizadas, como las terapias cognitivo-conductuales, podrían ser más

efectivas para el aumento de peso sin reducir la abstinencia. Revisiones más recientes [19] comparten estas mismas conclusiones y se centran en reducir el miedo a ganar peso de quienes intentan dejar de fumar para lograr una menor ganancia de peso. Ninguno de estos estudios previos ha analizado estos hallazgos para aplicarlos también a los programas de cesación tabáquica implementados a través de aplicaciones móviles.

En los últimos años, la universalización del acceso a las aplicaciones para teléfonos inteligentes ha abierto las puertas a nuevos sistemas de comunicación especialmente enfocados a las estrategias de prevención de la salud. Las aplicaciones móviles destinadas a dejar de fumar tienen un mayor alcance, son más económicas que los programas tradicionales presenciales y suelen incluir consejos sobre estilos de vida saludables, como consejos nutricionales para abordar el problema del aumento de peso. A pesar de que añadir más consejos saludables puede parecer adecuado, nuestros resultados demuestran lo que se había encontrado previamente en los programas tradicionales para dejar de fumar, que estos consejos nutricionales no son efectivos y que las estrategias de control de peso deben evaluarse individualmente.

Limitaciones: Este estudio presenta varias limitaciones que deben tenerse en cuenta, en primer lugar, a pesar del seguimiento realizado por el equipo médico del estudio, muchos sujetos no acudieron a todas las visitas y, por lo tanto, faltaban aquellas variables que debían medirse directamente, como el peso. Un total de 35 y 21 sujetos no tenían información sobre el peso al tercer mes y al final del estudio (12 meses) respectivamente. En segundo lugar, todos los sujetos del GI recibieron la aplicación móvil y un código de activación, sin embargo, no pudimos analizar qué contenidos de la aplicación se utilizaron y no podemos determinar si los sujetos que tenían la aplicación leyeron y siguieron las recomendaciones nutricionales dadas. Esto podría llevar a una sobreestimación o subestimación de la asociación estudiada y por lo tanto nuestros resultados deben interpretarse con cautela.

Conclusiones

El asesoramiento nutricional administrado simultáneamente con un programa de aplicación para dejar de fumar no es eficaz para controlar el aumento de peso entre los sujetos que quieren dejar de fumar.

Implicaciones para la práctica clínica: Nuestros resultados están en concordancia con estas revisiones previas, los resultados preliminares del ensayo controlado aleatorio encontraron que la orientación nutricional brindada a través de la aplicación móvil en nuestro estudio no se asoció con los cambios de peso experimentados por los participantes en el grupo de intervención. Este resultado amplía y confirma lo que se ha publicado previamente sobre estas nuevas terapias online para dejar de fumar.

Otros aspectos del trabajo

Este estudio ha obtenido la aprobación del Comité de ética clínica correspondiente y ha recabado el consentimiento informado de los participantes.

Los autores refieren que no tienen conflicto de intereses y que no han utilizado inteligencia artificial generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: Tabaquismo, Atención Primaria de Salud, Aplicaciones Móviles, Enfermería, Pérdida de Peso (según DeCS).

Bibliografía:

- ¹ IQVIA Institute. (2017, noviembre 7). The growing value of digital health: Evidence and impact on human health and the healthcare system [Informe del Instituto]. <https://www.iqvia.com/en/institute/reports/the-growing-value-of-digital-health>
- ² Li, Y., Gao, L., Chao, Y., Wang, J., Qin, T., Zhou, X., Chen, X., Hou, L., & Lu, L. (2024). Effects of interventions on smoking cessation: A systematic review and network meta-analysis. *Addiction Biology*, 29 (3), e13376. <https://doi.org/10.1111/adb.13376>
- ³ Statista. (2022). Telefonía móvil: penetración en España 2007-2022. <https://www.statista.com/statistics/telefoniamovil>
- ⁴ Rey-Brandariz, J., Ruano-Ravina, A., Santiago-Pérez, M. I., Varela-Lema, L., Guerra-Tort, C., Montes, A., Piñeiro, M., Rábade, C., & Pérez-Ríos, M. (2024). Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco en España y sus 17 comunidades autónomas (1987-2020). *Medicina Clínica*, 162(9), 417-424. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.11.015>
- ⁵ Bert, F., Giacometti, M., Gualano, M. R., & Siliquini, R. (2014). Smartphones and health promotion: A review of the evidence. *Journal of Medical Systems*, 38(1), 9995. <https://doi.org/10.1007/s10916-013-9995-7>
- ⁶ Goodchild, M., Nargis, N., & Tursan d'Espaignet, E. (2017). Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tobacco Control*. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053305>
- ⁷ Farley, A. C., Hajek, P., Lycett, D., & Aveyard, P. (2012). Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(1), CD006219. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006219.pub3>
- ⁸ Aubin, H. J., Farley, A., Lycett, D., Lahmek, P., & Aveyard, P. (2012). Weight gain in smokers after quitting cigarettes: Meta-analysis. *BMJ*, 345, e4439. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4439>
- ⁹ Clark, M. M., Decker, P. A., Offord, K. P., Patten, C. A., Vickers, K. S., & Croghan, I. T. (2004). Weight concerns among male smokers.

Addictive Behaviors, 29(8), 1637-1641. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.02.054>

- ¹⁰ Ockene, J. K., Emmons, K. M., Mermelstein, R. J., Perkins, K. A., Bonollo, D. S., Voorhees, C. C., & Hollis, J. F. (2000). Relapse and maintenance issues for smoking cessation. *Health Psychology*, 19(1S), 17-31. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.1S.17>
- ¹¹ Gruber, J., & Frakes, M. (2006). Does falling smoking lead to rising obesity? *Journal of Health Economics*, 25(2), 183-197. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2005.09.003>
- ¹² Ghorai, K., Akter, S., Khatun, F., & Ray, P. (2014). mHealth for smoking cessation programs: A systematic review. *Journal of Personalized Medicine*, 4(3), 412-423. <https://doi.org/10.3390/jpm4030412>
- ¹³ Müssener, U., Bendtsen, M., Karlsson, N., White, I. R., McCambridge, J., & Bendtsen, P. (2016). Effectiveness of short message service text-based smoking cessation intervention among university students: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 176(3), 321-328. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.8260>
- ¹⁴ Free, C., Knight, R., Robertson, S., Whittaker, R., Edwards, P., Zhou, W., Rodgers, A., Cairns, J., Kenward, M. G., & Roberts, I. (2011). Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): A single-blind, randomised trial. *Lancet*, 378(9785), 49-55. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60701-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60701-0)
- ¹⁵ Spohr, S. A., Nandy, R., Gandhiraj, D., Vemulapalli, A., Anne, S., & Walters, S. T. (2015). Efficacy of SMS text message interventions for smoking cessation: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 56, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.04.001>
- ¹⁶ Whittaker, R., McRobbie, H., Bullen, C., Rodgers, A., & Gu, Y. (2016). Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4), CD006611. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006611.pub4>
- ¹⁷ Valdivieso-López, E., Flores-Mateo, G., Molina-Gómez, J. D., Rey-Reñones, C., Barrera Uriarte, M. L., Duch, J., & Valverde, A. (2013). Efficacy of a mobile application for smoking cessation in young people: Study protocol for a clustered, randomized trial. *BMC Public Health*, 13, 1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1>
- ¹⁸ Whittaker, R., McRobbie, H., Bullen, C., Rodgers, A., & Gu, Y. (2016). Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4), CD006611. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006611.pub4>
- ¹⁹ Granado-Font, E., Flores-Mateo, G., Sorlí-Aguilar, M., Montaña-Carreras, X., Ferré-Grau, C., Barrera-Uriarte, M. L., Oriol-Colominas, E., Rey-Reñones, C., Caules, I., & Satué-Gracia, E. M. (2015). Effectiveness of a smartphone application and wearable device for weight loss in overweight or obese primary care patients: Protocol for a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 15, 531. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1845-8>

*Comunicaciones orales: Procesos oncológicos / Oral
communications: Oncological processes*

La Mujer en el Afrontamiento del Diagnóstico de Cáncer de Mama y su Bienestar Espiritual

ID Comunicación: 400
Tipo de comunicación: Oral

MORETT ROMANO LEÃO, D. C.; RAMOS PEREIRA, E.; COSTA ROSA ANDRADE SILVA, R. M.; PUENTE FERNANDEZ, D.; GARCÍA CARO, M. P.

Título: La Mujer en el Afrontamiento del Diagnóstico de Cáncer de Mama y su Bienestar Espiritual

Autoría:

Diva Cristina Morett Romano Leão, Universidad Federal Fluminense, Brasil – Universidad De Granada, España
<https://orcid.org/0000-0002-2923-0630>

Eliane Ramos Pereira – Facultad de Enfermería, Universidad Federal Fluminense, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-6381-3979>

Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva – Facultad de Enfermería, Universidad Federal Fluminense, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-6403-2349>

Daniel Puente Fernández. Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada. ibs.GRANADA <https://orcid.org/0000-0002-4917-9078>

María Paz García Caro. Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada ibs.GRANADA. CIMCYC-UGR <https://orcid.org/0000-0002-2763-2572>

Palabras-clave: Neoplasias de la Mama; Espiritualidad; Conducta de Afrontamiento; Salud de la Mujer; Enfermería.

El impacto del diagnóstico del cáncer de mama es motivo de intenso estrés psicológico con serias repercusiones en el bienestar físico, emocional, social y espiritual de las mujeres que recurren a una variedad de estrategias de afrontamiento. En tal sentido, la espiritualidad como dimensión presente en la perspectiva humana, constituye un aporte fundamental a la experiencia 1-3.

Espiritualidad, es tener sentido en la vida, descubriendo por sí mismo la esencia, el dinamismo y la grandeza de la vida⁴. Esta búsqueda ocurre en diferentes niveles y dominios de expresión, como la religión, las relaciones humanas y con la naturaleza, la conexión con lo divino en la trascendencia y la conexión consigo mismo^{5,6}.

Objetivos: Reconocer las implicaciones de la espiritualidad en la experiencia de las mujeres con el cáncer de mama y evaluar el bienestar espiritual de las mujeres en su experiencia con el diagnóstico de cáncer de mama.

Métodos: Se utilizó un método cualitativo-cuantitativo. Los datos cualitativos se obtuvieron mediante entrevista semiestructurada basada en un método descriptivo fenomenológico, con paradigma constructivista para develar el fenómeno de la mujer al vivir el diagnóstico de cáncer de mama y su afrontamiento. Los datos cuantitativos se obtuvieron mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que todos los entrevistados respondieron un cuestionario de bienestar espiritual.

La investigación se llevó a cabo en la Consulta Externa de Mastología de un hospital universitario federal de referencia en el sudeste de Brasil. Durante el proceso se siguieron cuidadosamente los principios éticos.

Fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Federal Fluminense (n. 64110617.20000.5243), de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones del Consejo Nacional de Salud de Brasil. Durante la entrega del Consentimiento informado se informó del contenido de la investigación y se aclaró que su participación era libre, que podía abandonarla cuando quisiera y no habría discriminación ni prejuicios. Se informó a las participantes sobre la confidencialidad y seguridad del manejo de los datos de la investigación, y también se solicitó el permiso para que la entrevista fuera grabada.

Para la selección de las mujeres participantes se siguieron los siguientes criterios de inclusión: mujeres mayores de 18 años, lúcidas y comunicantes, que ya tenían confirmado el diagnóstico de cáncer de mama, pero aún no habían iniciado el tratamiento. Se excluyeron a mujeres que presentaban otros tipos de neoplasias malignas, con más de un año de diagnóstico confirmado, o con alguna otra patología concomitante que hiciera inviable o dificultara la comunicación verbal.

Cuarenta mujeres fueron entrevistadas mediante una entrevista semiestructurada. Se utilizó un guion de entrevista flexible y abierto para promover la descripción del mundo tal como lo experimentan. Además de la entrevista, cumplieron el Cuestionario de Bienestar Espiritual (SWBQ), desarrollado por Gómez y Fisher (2003)⁶ y con validación brasileña por Nunes et al. (2018)⁷. El cuestionario consta de 4 factores (Personal, Comunitaria, Ambiental y Trascendental) y 20 ítems, que describen la experiencia personal en los últimos 6 meses, mediante una escala Likert de 5 puntos (1=muy bajo, 5=muy alto). Todos los ítems se formulan positivamente y el resultado se obtiene por el promedio de las respuestas atribuidas a los ítems de cada subescala.

Los datos fueron recogidos simultáneamente en una única entrevista.

Para la caracterización de las participantes se utilizó un formulario de variables sociodemográficas y clínicas creado específicamente para este estudio.

Para el análisis de los datos cualitativos se utilizó el software MAXQDA® 2018, y para el cuantitativo los programas IBM SPSS v25 statistical software y Microsoft Excel.

El análisis cualitativo se basó en la fenomenología de Merleau-Ponty⁸, concretamente en el análisis fenomenológico de Amedeo Giorgi (1997)⁹, mientras que el análisis estadístico fue principalmente descriptivo.

Resultados: Participaron 40 mujeres con una edad media de 59.08 (\pm 10.39). Casi la mitad estaban casados (45%) y tenían uno o dos hijos (77.5%) o más (15%). La mayoría de las mujeres profesaban una creencia religiosa (97,5%) y eran católicas (52,5%). Entre las mujeres que informaron que asistían a su religión semanalmente, el 87% son evangélicas.

En las entrevistas se identificaron tres temas principales: (1) Impactos y repercusiones percibidas en el diagnóstico de cáncer de mama; (2) vivencias en el mundo de la vida con cáncer; y (3) La espiritualidad en la experiencia del bienestar y el sentido de la vida

La categoría impactos y repercusiones emocionales percibidos en el diagnóstico de cáncer de mama reveló el choque del descubrimiento y ansiedad, llanto, negación, miedo, preocupaciones, depresión y angustia. Mostró la sensación de inseguridad en sus vidas.

En la categoría experiencias en el mundo de la vida con cáncer: la percepción de la enfermedad, las repercusiones en la autoimagen, y experiencia familiar, confirma que la búsqueda de respuestas y significaciones personales no son fáciles de experimentar. Las mujeres buscan incluir comportamientos que minimicen el factor estresor, desarrollando reevaluaciones cognitivas alternadas con las emociones de la experiencia del fenómeno. El apoyo y aceptación familiar favorecieron significativamente.

La categoría espiritualidad en la vivencia del bienestar y del sentido de la vida: afrontamiento centrado en el sentido, evidenció su fe en Dios y experiencias de oración. Dios, familia y voluntad de vivir fueron factores mencionados como los principales valores en sus vidas. Por ejemplo, E40 mencionó: "es Dios quien me está dando esta fuerza".

Todas las mujeres entrevistadas eligieron buscar la espiritualidad como fuente de fortaleza, en un momento de numerosos conflictos e importantes decisiones de tratamiento. E 27 describe: "Mi mayor tesoro es Jesús, porque si no lo tuviera a Él, no tendría este fundamento con el que hablar, me desesperaría. Voy a morir, ¿y ahora?"

Al enfrentar el cáncer de mama, algunas mujeres redirigieron su enfoque hacia la espiritualidad, dándose cuenta de su capacidad para reformular positivamente su propósito de vida y mantener el equilibrio con coraje y confianza. E 35 afirmaba: "Mi Dios es más grande que cualquier cosa, tengo fe en que superaré todas las barreras".

En cuanto a los resultados del Cuestionario de Bienestar Espiritual (SWBQ), los componentes que muestran una alta variabilidad entre las puntuaciones medias fueron: el desarrollo de la identidad personal (3.40 ± 1.10), el desarrollo de la confianza en los demás (3.10 ± 0.95), el desarrollo de la autoconciencia (autoconocimiento, 3.83 ± 1), el desarrollo de la alegría en la vida (3.60 ± 1.31), el desarrollo de una vida de meditación y/o oración (4.03 ± 1.09), el desarrollo de la paz interior (3.80 ± 0.99), el desarrollo del sentido de la vida (3.93 ± 0.99) y el desarrollo de la magia en la naturaleza (2.95 ± 1.37).

Discusión: El análisis del bienestar espiritual de las mujeres, realizado mediante la aplicación de SWBQ demostró una tendencia a la angustia en el afrontamiento del diagnóstico.

La relación con la trascendencia, incluyendo la fe, la esperanza, la comunión, la vida de oración y la paz con Dios, resultó ser un aspecto relevante y recibió la mejor evaluación media en el Cuestionario de Bien Estar Espiritual (SWBQ), que confirmó los resultados de las entrevistas

Los participantes demostraron que la reformulación de una nueva perspectiva positiva fue muy importante para encontrar un nuevo significado frente a su enfermedad, centrándose en el aspecto trascendental, o tratar de ver lo mejor de sí mismos, y elevar el nivel de bienestar espiritual, como lo confirman Bovero, et al 10.

La espiritualidad generó actos positivos de afrontamiento, como fundamento de bienestar y sentido de la vida, fuerza espiritual, calma y equilibrio, pilar de la fe positiva, para seguir adelante con coraje.

Pargament (2001)¹¹ afirma que evaluar los acontecimientos negativos desde un punto de vista diferente, sin negar ni distorsionar los hechos, hace que la espiritualidad y la religión transformen las crisis en una oportunidad para acercarse a Dios. Donde Dios y el individuo son colaboradores en la solución de problemas.

Las principales conclusiones de este trabajo fueron: La espiritualidad ofrece a las mujeres la posibilidad de trascender a la emoción y a los mecanismos de afrontamiento centrados en los problemas y las impulsa hacia la búsqueda del sentido de la vida y el bienestar existencial. La espiritualidad se configura como una estructura fundacional que atraviesa esta experiencia, una estructura impulsora que mantiene la fuerza espiritual, renueva la esperanza, los propósitos, que empuja hacia adelante, redirigiendo el foco de la vida y la visión del mundo.

Implicaciones para la práctica clínica: Se hace importante conocer las diferentes estrategias de afrontamiento que las mujeres desarrollan, e incentivar las positivas, fomentar la resiliencia y el entendimiento de las dimensiones espiritual, emocional y física, en pro del bienestar integral. Se debe valorar las experiencias existenciales y espirituales de las mujeres y disponerse a mantener conversaciones con escucha sensible de sus emociones y pensamientos, ofreciendo asesoramiento, fomentando experiencias existenciales, mejorando la comunicación terapéutica y aumentando la fe. Cabe mencionar la importancia de promover la esperanza y ofrecer orientación para mejorar la calidad de vida, concepciones culturales y creencias individuales, ayudándolas en la construcción del significado sobre su enfermedad.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama; Espiritualidad; Conducta de Afrontamiento; Salud de la Mujer; Enfermería.

Bibliografía:

¹ Leão, D. C. M. R., Pereira, E. R., Pérez-Marfil, M. N., Silva, R. M. C. R. A., Mendonça, A. B., Rocha, R. C. N. P., & García-Caro, M. P. (2021). The Importance of Spirituality for Women Facing Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(12), 6415. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126415>

² Leão, D. C. M. R., Pereira, E. R., Silva, R. M. C. R. A., Rocha, R. C. N. P., Cruz-Quintana, F., & García-Caro, M. P. (2022). Spiritual and Emotional Experience With a Diagnosis of Breast Cancer: A Scoping Review. *Cancer nursing*, 45(3), 224–235. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000936>

³ LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc., 1984.

⁴ Frankl, V. E. *El hombre en busca de sentido*. Edición 2015. Herder. México.

⁵ Reinert, K.G., Koenig, H.G. (2013) Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *J Adv Nurs*.69:2622-34. <https://doi.org/10.1111/jan.12152>

⁶ Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1975–1991. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00045-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00045-X)

⁷ Nunes, S. A. N., Fernandes, H. M., Fisher, J. W., & Fernandes, M. G. (2018). Psychometric properties of the Brazilian version of the

lived experience component of the Spiritual Health and Life-Orientation Measure (SHALOM). *Psicologia, reflexao e critica : revista semestral do Departamento de Psicologia da UFRGS*, 31(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0083-2>

⁸ Merleau- Ponty, M. *Fenomenología de la percepción*. Edición 1994. Peninsular Publishing Company, London, UK.

⁹ Giorgi, Amedeo (1997). The Theory, Practice, and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *Journal of Phenomenological Psychology* 28 (2):235-260.

¹⁰ Bovero, A.; Tosi, C.; Botto, R.; Opezzo, M.; Giono-Calvetto, F.; Torta, R. (2019) The Spirituality in End-Of-Life Cancer Patients, in Relation to Anxiety, Depression, Coping Strategies and the Daily Spiritual Experiences: A Cross-Sectional Study. *J. Relig. Health*, 58, 2144–2160. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00849-z>

¹¹ PARGAMENT, K. I. *Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Publications, 2001. (Reeditar de 1997).

Otros aspectos:

Comunicaciones orales: Promoción de la salud / Oral communications: Health promotion

Adolescentes y vapeo: la pandemia "invisible"

ID Comunicación: 366
Tipo de comunicación: Oral

Romero López, A. M.; López García, B.

Objetivos: Describir el patrón de consumo de cigarrillos electrónicos (CE) de los adolescentes del distrito de Villa de Vallecas; y conocer la prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos en esta población.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal, realizado en los institutos públicos del distrito de Villa de Vallecas, en alumnos matriculados en el curso académico 2023/2024, con edades comprendidas entre 11 y 16 años. La variable dependiente fue el patrón de consumo de CE, medida a través de un cuestionario específico para esta variable (previa recolección de los consentimientos informados). Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. El estudio obtuvo la aprobación del comité de ética previo a su realización.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 1471 adolescentes, con una media de edad de $13,74 \pm 1,204$ años, siendo un 49,5% hombres. La edad media de inicio de consumo de CE fue de $13,31 \pm 1,286$ años, un 14% los había consumido en los últimos 30 días, y un 3% lo consumía casi todos los días. El 19% necesitaba más de una recarga diaria, siendo en un 23,4% de los casos, recargas con nicotina. El 1,8% de los adolescentes había probado el CE a los 9 años o menos, siendo un 5,9% aquellos que a esa edad comenzaron a utilizarlos de forma diaria. La mayoría de los consumidores de CE no habían probado nunca el cigarrillo convencional, descartando el abandono del consumo de cigarrillo convencional como principal motivo de inicio para los CE, prevaleciendo la curiosidad como principal motivo para el inicio, presente en el 23,3% de los adolescentes. La media de edad al inicio de consumo de CE fue superior en madres con estudios secundarios con respecto a las madres con otro nivel de estudios ($p < 0,01$). La media de edad al inicio al consumo de CE fue superior en padres con estudios secundarios con respecto a los padres con otros niveles de estudios ($p < 0,01$).

Discusión: Desde que la Organización Mundial de la Salud convirtiera el tabaquismo en un problema de salud pública, se han realizado muchos avances para intentar frenarlo. Sin embargo, los datos de este estudio evidencian un retraso en la evolución de esta lucha, especialmente en la población adolescente, tal y como ya apuntaban ciertos estudios(1,2). Los datos de consumo de CE en población española provienen del ESTUDES (edades entre 14 y 18 años), y estiman la prevalencia de consumo en un 44,3%(3). Este estudio adelanta la edad (11–16 años) y establece una prevalencia del 36,8%. Según diversos autores, este aumento de prevalencia en edades precoces puede deberse en parte al impacto de la publicidad y las redes sociales(1,4), así como a la desinformación(5). De acuerdo con Chadi(1), Yoong(6), López(7) y Botero–Rodríguez(2) el consumo precoz de CE conlleva a la introducción en el consumo de otras sustancias y drogas ilícitas, quienes además estimaron una prevalencia de vapeo de marihuana del 29,9% entre consumidores habituales de CE, con edades entre 13 y 18 años. No se encontró evidencia que comparara la media de edad al inicio del consumo de CE con el nivel de estudio de los progenitores, pese a que este estudio reveló diferencias estadísticamente significativas. La principal implicación para la práctica de este estudio radica en abrir nuevas líneas de investigación sobre el vapeo en adolescentes, así como recalcar la vulnerabilidad de la población adolescente para el inicio del consumo de sustancias.

Conclusiones: Las conclusiones de nuestro trabajo fueron las siguientes: (I) los adolescentes del distrito de Villa de Vallecas se inician en el consumo de cigarrillo electrónico con una media de 13.31 años; (II) el 39.4% de esta población ha probado alguna vez los cigarrillos electrónicos; y (III) un 3% de los adolescentes consumen diariamente cigarrillos electrónicos, de los cuales, un 23.4% los utiliza con nicotina.

Palabras clave: Sistemas electrónicos de liberación de nicotina; Cigarrillo electrónico; Nicotina; Adolescente; Vaper.

Bibliografía:

- ¹ Chadi N, Hadland SE, Harris SK. Understanding the Implications of the "Vaping Epidemic" among Adolescents and Young Adults: A Call for Action. *Subst Abus.* 1 de enero de 2019;40(1):7-10.
- ² Botero-Rodríguez F, Marroquín Rivera A, Leal Jaramillo A, Cabarique Mendez C, Gómez-Restrepo C, Botero-Rodríguez F, et al. Sistemas electrónicos de administración de nicotina: ¿una amenaza para el neurodesarrollo de los adolescentes? *Universitas Médica [Internet]*. 30 de septiembre de 2019 [citado 20 de abril de 2024];60(4):1-8. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/26425>
- ³ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet]. Madrid; 2022. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>
- ⁴ Payne JD, Orellana-Barrios M, Medrano-Juarez R, Buscemi D, Nugent K. Electronic Cigarettes in the Media. *Baylor University Medical Center Proceedings.* 11 de julio de 2016;29(3):280-3.
- ⁵ Villanueva-Blasco VJ, Akardas M, Isorna Folgar M, Rey-Pino JM. Análisis del valor percibido y desinformación aplicados a los cigarrillos electrónicos en españoles jóvenes. *Acciones e Investigaciones Sociales [Internet]*. 14 de noviembre de 2023 [citado 21 de abril de 2024];44(44). Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/88974>
- ⁶ Yoong SL, Hall A, Turon H, Stockings E, Leonard A, Grady A, et al. Association between electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems with initiation of tobacco use in individuals aged < 20 years. A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2021;16(9):e0256044.
- ⁷ López Gómez DF, Ibarrodo L FR. Impacto científico y educativo del uso de los cigarrillos electrónicos, efectos en adolescentes. *Multidisciplinary & Health Education Journal.* 2024;6(1):1143-6.

Otros aspectos:

Comunicaciones orales: Discriminación y violencia de género / Oral communications: Discrimination and gender-based violence

Violencia horizontal entre el alumnado de enfermería y recién graduados en el ámbito asistencial: características y factores relacionados.

ID Comunicación: 357

Tipo de comunicación: Oral

Muñoz Lobato, Á.; Pérez Ramírez, F.; Fernández García, E.; Reguera Carrasco, C.; Barrientos Trigo, S.; Santana Berlanga, N. Del R.; Martínez Jimenez, M. del R.; Casaucao Liger, F. de P.; Prada Rizoto, M.

Título: Violencia horizontal entre el alumnado de enfermería y recién graduados en el ámbito asistencial: características y factores relacionados.

Autoría:

- Álvaro Muñoz Lobato. Servicio Gallego de Salud. Hospital Da Mariña. España.
- Fátima Pérez Ramírez. Servicio Gallego de Salud, Hospital Da Mariña. España.
- Elena Fernandez García. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. Profesor ayudante de Doctor. España.
- Cristina Reguera Carrasco. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. Contratada predoctoral FPU. España.
- Sergio Barrientos Trigo. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. Profesor. España.
- Nicia Del Rocío Santana Berlanga. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla y Hospital San Juan de Dios Aljarafe. profesora sustituta interina y enfermera. España.
- María del Rosario Martínez Jimenez. Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios y Servicio Andaluz de Salud. Enfermera. España.
- Francisco de Paula Casauaco Liger. S.U.P. Jaime Chavez. Enfermero. España.
- Marina Prada Rizoto. Hospital Fremap de Sevilla. Enfermera. España.

Palabras Claves:

violencia horizontal, estudiantes, enfermería

Pregunta de Revisión y Objetivos:

La violencia horizontal (vh) se define como el comportamiento negativo entre pares que tienen la misma posición social en una institución (1). Esto es cada vez más acuciante en los hospitales de este país, y por este motivo se realizó una revisión sistemática por pares para analizar la bibliografía actualizada sobre la violencia horizontal en los estudiantes y profesionales recién graduados de Enfermería y conocer que factores predisponen a este grupo a padecer vh. Por tanto, y siendo lo anteriormente mencionado el objetivo principal, los objetivos específicos de esta revisión serían: Conocer la prevalencia de la violencia lateral ejercida sobre estudiantes y enfermeros recién graduados, incluyendo los tipos de violencia. Conocer las repercusiones que la violencia lateral tiene sobre los estudiantes y los nuevos enfermeros, la seguridad del paciente y el

sistema sanitario.

Criterios de inclusión y de exclusión.

- Criterios de inclusión: artículos originales, en inglés o español y entre 2015-2024.

- Criterios de exclusión: Artículos que no se centraran en nuestra población de estudios o que describiesen algún otro tipo de violencia.

Metodología.

Mediante los descriptores en ciencia de la salud (DeCS) ambos autores en conjunto procedieron a crear una matriz de búsqueda que se aplicó a cinco bases de datos distintas para obtener una muestra (n) total de artículos.

Una vez obtenida la n total, ambos autores de forma independiente, realizaron el proceso de selección de artículos. Para ello se realizó un primer cribado mediante la lectura del título y el resumen con el fin de determinar si se adaptaban a los objetivos mencionados anteriormente. Posterior a eso, se realizó un segundo proceso de tamizado, que consistió en la lectura del texto completo. Cabe destacar que aquellos artículos que fueron incluidos por un único autor fueron sometidos a la revisión por un tercer experto independiente, para su aceptación o no inclusión.

Una vez realizado esto, se obtuvo una n final de 39 artículos aptos. Los cuales se analizaron y clasificaron en función de determinadas características de los mismos. Para la comprobación de la calidad de estos artículos, se utilizó la escala "equator" y la escala "risk of bias" para los sesgos.

Resultados.

Atendiendo al tipo de diseño de los artículos seleccionados, los estudios cualitativos fueron los más prevalentes en la muestra escogida (40,5%). Por otro lado, el país donde se realizaron más estudios fue en Australia (16,2%), seguido de Canadá (13,5%) y Estados Unidos (10,8%). Los tamaños de las muestras oscilaron entre 8 y 1216 participantes; y en relación al idioma, todos los estudios seleccionados están escritos en inglés, estando la mayoría publicados en el año 2018 (21,62%) y 2020 (27,02%).

Las variables más estudiadas fueron la violencia lateral y términos sinónimos a ésta como, incivilidad, bullying y violencia horizontal, seguido de variables demográficas y las consecuencias sobre las personas que la reciben. Los artículos provienen de una fuente diversa de publicaciones científicas. No obstante, se observa que la revista Nurse Education Today es la que contiene más artículos

Los artículos arrojaban el hecho de que en las personas de sexo femenino, con estado civil soltera/o, y/o con un estado socio-económico bajo se disparaban los casos de vh.(2) Así mismo, se determinaba también que en aquellos lugares de trabajos con mucha carga había una mayor prevalencia de la vh(2).

Los estudios indican que la vh es el tipo de violencia más común en el ámbito hospitalario. Esto, según los distintos artículos, es incluso más incipientes en el personal dedicado a la enfermería que en otras profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario. Además, la sobrecarga laboral hace que se dispare exponencialmente la violencia lateral en el personal enfermero(3).

Discusión.

El perfil sociodemográfico coincide con el perfil encontrado en otros tipos de violencia. Los estudios revisados indican que la violencia horizontal es más común entre enfermeros y estudiantes de enfermería, quienes frecuentemente han sido víctimas o testigos de estos comportamientos(4). La sobrecarga laboral se identifica como un factor que exacerba la violencia lateral entre el personal de enfermería, este fenómeno impacta negativamente la calidad de atención brindada a los pacientes(5).

En definitiva, la violencia horizontal en entornos hospitalarios es un problema grave, acentuado por condiciones laborales difíciles y factores sociodemográficos específicos. Abordar este problema requiere intervenciones dirigidas tanto a mejorar las condiciones laborales como a proporcionar apoyo específico a los grupos más vulnerables.

Bibliografía.

1 Da-Silva-Joao AL, Saldanha-Portelada AF. Mobbing and Its Impact on Interpersonal Relationships at the Workplace. *J Interpers Violence*. 2019;34(13):2797-812.

Editar Eliminar

2 Choi JS, Park M. Effects of nursing organisational culture on face-to-face bullying and cyberbullying in the workplace. *J Clin Nurs*. 2019;38:2577-88.

Editar Eliminar

3 LLANOS-JIMENEZ, I.; RIVAS-RIVEROS, E. and LOPEZ-ESPINOZA, M.. Factores asociados a violencia horizontal intrahospitalaria en el personal de enfermería: revisión sistemática. *Enferm. univ [online]*. 2018, vol.15, n.4, pp.416-427. ISSN 2395-8421. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.536>.

Editar Eliminar

4 Üzar-Özçetin YS, Tee S, Erkan M. A reputational risk for the profession: Workplace violence toward nursing students. *Collegian*. 2020;27(3):327-33.

Editar Eliminar

5 Pagnucci N, Ottonello G, Capponi D, Catania G, Zanini M, Aleo G, et al. Predictors of events of violence or aggression against nurses in the workplace: A scoping review. *J Nurs Manag [Internet]*. 2022 [citado el 3 de junio de 2024];30(6):1724-49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35420236/>

Otros aspectos.

En el presente trabajo ninguno de los autores tenía conflicto de intereses para la elaboración del mismo. Así mismo, solo se utilizó inteligencia artificial (IA) para la recopilación de los artículos, pero no para la extracción de datos y la redacción del mismo.

Palabras clave: violencia horizontal
estudiantes
enfermería

Bibliografía:

¹ Da-Silva-Joao AL, Saldanha-Portelada AF. Mobbing and Its Impact on Interpersonal Relationships at the Workplace. *J Interpers Violence*. 2019;34(13):2797-812.

² Choi JS, Park M. Effects of nursing organisational culture on face-to-face bullying and cyberbullying in the workplace. *J Clin Nurs*. 2019;38:2577-88.

³ LLANOS-JIMENEZ, I.; RIVAS-RIVEROS, E. and LOPEZ-ESPINOZA, M.. Factores asociados a violencia horizontal intrahospitalaria en el personal de enfermería: revisión sistemática. *Enferm. univ [online]*. 2018, vol.15, n.4, pp.416-427. ISSN 2395-8421. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.536>.

⁴ Üzar-Özçetin YS, Tee S, Erkan M. A reputational risk for the profession: Workplace violence toward nursing students. *Collegian*. 2020;27(3):327-33.

⁵ Pagnucci N, Ottonello G, Capponi D, Catania G, Zanini M, Aleo G, et al. Predictors of events of violence or aggression against nurses in the workplace: A scoping review. *J Nurs Manag [Internet]*. 2022 [citado el 3 de junio de 2024];30(6):1724-49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35420236/>

Otros aspectos:

Comunicaciones orales: Cuidados materno-infantiles / Oral communications: Maternal and infant care

INSTRUMENTOS QUE MIDEN LA COMPLEJIDAD DE CUIDADOS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO: UNA REVISIÓN RÁPIDA

ID Comunicación: 129

Tipo de comunicación: Oral

García Ruiz, R.; Barrientos Trigo, S.; Adamuz Tomas, J.; Cazorla Calderon, S.; Prada Rizoto, M.; Pérez Ramírez, F.; Corral Cortés, Á.; Jiménez García, V. M.; Santana Berlanga, N. del R.

Pregunta de revisión/Objetivos

- Analizar las herramientas que miden la Complejidad de Cuidados (CC) en el paciente pediátrico.

Criterios de inclusión:

- Estudios que tuvieran como objetivo desarrollar o validar instrumentos que midan la CC en el paciente pediátrico.
- Estudios dirigidos a pacientes hospitalizados menores de 18 años.
- Estudios publicados en los últimos diez años en inglés, español, italiano y portugués.

Criterios de exclusión:

- Estudios dirigidos a pacientes mayores de 18 años.
- Estudios dirigidos a pacientes no hospitalizados.
- No disponibilidad del texto completo.

Plan y estrategia de búsqueda:

Una revisión rápida fue elegida para evaluar los conocimientos mediante el uso de métodos de búsqueda sistemática y evaluación crítica.

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos CINAHL, PubMed, SCOPUS y WOS siguiendo la declaración STARR.

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

Se llevó a cabo una revisión por pares, primero se leyeron títulos y resumen y luego se revisaron los textos completos. Los desacuerdos a lo largo del proceso de selección fueron resueltos mediante consenso. Las citas fueron gestionadas por dos investigadores utilizando el Software de revisión sistemática RAYYAN. El riesgo de sesgos y la calidad de cada estudio fue evaluada utilizando la herramienta "Integrated Quality Criteria for Review of Multiple Study Designs (ICROMS)".

Métodos para extraer y sintetizar los datos de la revisión:

Para la extracción y síntesis se elaboró una tabla para su mejor interpretación con las líneas: 1 Características general: diseño de estudio, número y tipo de muestra y país; 2 Resultados; 3; Instrumento de medida de la CC y 4 Factores de la CC: ítems de la CC evaluados.

Resultados:

La búsqueda inicial recuperó 499 artículos, 309 fueron incluidos en el periodo 2014–2024 y tras la revisión, 16 artículos fueron incluidos identificando 17 herramientas de evaluación diferentes.

Los artículos incluidos fueron agrupados en cuatro categorías temáticas, siguiendo la clasificación de Guarinoni: A) características relacionadas con la complejidad del paciente pediátrico hospitalizado (18, 75%), B) complejidad hospitalaria vinculada con la organización en unidades de hospitalización pediátrica (6,25%) y C) factores de complejidad basados en el proveedor de cuidados en unidades de hospitalización pediátrica (37,5%). El 37,5% de los artículos restantes abarcaban tanto la categoría A como la C.

Sólo una de las herramientas identificadas y sus respectivas validaciones y adaptaciones a diferentes unidades pediátricas

(23,5%) evalúa la complejidad. El resto de herramientas registradas evalúan diferentes elementos relacionados con la CC. El 41,17% se enmarcan dentro de la categoría temática A, siendo el 28,57% de las mismas específicas del paciente neonatal y el 14,2% del paciente pediátrico crónico complejo. Otro 28,57% de las escalas evalúan el riesgo de mortalidad del paciente pediátrico. El 29,4 % de las herramientas identificadas miden conceptos similares a la CC basados en el proveedor de cuidados (área temática C), como la carga de trabajo (60%), las actividades enfermeras (20%) y la intensidad de cuidados enfermeros (20%).

Discusión:

La CC es un concepto de notable debate en el panorama literario de la enfermería ya que no existe una definición estandarizada de la misma. Sí que existe cierto acuerdo en que la CC está compuesta por múltiples variables que interaccionan entre sí, con una visión holística con influencia de factores socioculturales y enfoques multidisciplinares diferenciados.

El cuidado complejo en el ámbito de la salud infantil es un fenómeno creciente y las cifras de prevalencia de la población muestran que existe un número ascendente de niños con necesidad de cuidados complejos. Por ello, existe una cierta tendencia a cuantificar la CC, aunque con diferentes herramientas y dimensiones. Al tratarse de un concepto clave sin homogeneidad en su definición, la CC ha sido relacionada con términos como la intensidad de los cuidados, la carga de trabajo, la agudeza del paciente y la gravedad de la enfermedad. Son ejemplos de escalas que miden estos términos N-KICS, TISS-C, Inpatient CAMEO acuity tool e ICPP, respectivamente. Cabe destacar el trabajo de Connor JA. Et al. en la creación de un instrumento de medida de la CC en el paciente pediátrico, centrado en la carga de trabajo cognitiva de las enfermeras en las unidades de cuidados críticos pediátricos.

Por otro lado, desde la década de los 70 se han desarrollado herramientas en adultos para describir y cuantificar la productividad de la enfermería a partir de la carga de trabajo, la intensidad y la asignación de recursos. Varias de ellas como la escala NAS o la NEMS (centrada en determinar el esfuerzo terapéutico que requieren los pacientes críticos) se han utilizado en unidades de hospitalización pediátrica. Otras escalas como la TISS-28 han sido adaptadas y validadas al ámbito de la pediatría (TISS-C), sin embargo, a pesar de su adaptación estas medidas en su mayoría son limitadas, ya que se centran solo en evaluar ciertas necesidades de atención directa pero no de una manera integral y con solidez metodológica.

Otros aspectos del trabajo:

- i. Al tratarse de una rapid review, el estudio no precisa la aprobación del Comité de ética clínica. Tampoco ha sido necesario recabar consentimientos informados de los pacientes.
- ii. Los autores no declaran conflicto de intereses.
- iii. No se ha utilizado inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: "Complejidad de cuidados"; "revisión rápida"; "instrumentos de medidas"; "pediatría"; "hospitalización".

Bibliografía:

- ¹ Rodrigues Moraes RM, de Lara AC, Cardoso Remedio E, Munhoz Gaiva MA, Mota Gentilini M, Campos de Oliveira JL, et al. **CLASIFICACIÓN DE PACIENTES Y DIMENSIONAMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA.** *Cogitare Enfermagem.* enero de 2023;28:1-12.
- ² Stochero Velozo KD, Drumond Costa CA, Tonial CT, Crestani F, Hanzen Andrades GR, Ramos Garcia PC. **Comparison of nursing workload in a Pediatric Intensive Care Unit estimated by three instruments.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* enero de 2021;55:1-9.
- ³ Hurtig M, Lisen S, McLellan MC, Homoki A, Giangregorio M, Connor J. **Development and Implementation of an Inpatient CAMEO® Staffing Algorithm to Inform Nurse- Patient Assignments in a Pediatric Cardiac Inpatient Unit.** *Journal of Pediatric Nursing.* septiembre de 2021;60:275-80.
- ⁴ Daraiseh NM, Vidonish WP, Kiessling P, Lin L. **Developing a Patient Classification System for a Neonatal ICU.** *J Nurs Adm.* diciembre de 2016;46(12):636-41.
- ⁵ Connor JA, LaGrasta C, Cerrato B, Porter C, Gauvreau K, Morrill D, et al. **Measuring Acuity and Pediatric Critical Care Nursing Workload by Using ICU CAMEO III.** *American Journal of Critical Care.* 1 de marzo de 2022;31(2):119-26.
- ⁶ Hessels AJ, Darby SW, Simpser E, Saiman L, Larson EL. **National Testing of the Nursing-Kids Intensity of Care Survey for Pediatric Long-term Care.** *J Pediatr Nurs.* 2017;37:86-90.
- ⁷ Parente V, Parnell L, Childers J, Spears T, Jarrett V, Ming D. **Point-of-Care Complexity Screening Algorithm to Identify Children With Medical Complexity.** *Hospital Pediatrics.* 1 de enero de 2021;11(1):44-51.
- ⁸ Atkinson C, Cerrato B, Shiers D, Connor JA. **The acuity of pediatric neuroscience nursing using the Inpatient Complexity Assessment and Monitoring to Ensure Optimal Outcomes (CAMEO®) tool.** *Journal for Specialists in Pediatric Nursing.* enero de 2021;26(1):1-7.

Otros aspectos:

DIAGNÓSTICO BASAL DE COMPETENCIAS EN PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA DE LAS ENFERMERAS DE UN CENTRO CANDIDATO BPSO®/CCEC®

ID Comunicación: 244

Tipo de comunicación: Oral

Canteli Diez, A.; Martín Monjas, S.; Velasco Álvarez, B. M.; Oliveros Gallego, S.; Martín Román, C.; Gómez Alonso, M. I.

FILIACIÓN

1. Enfermera. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

PALABRAS CLAVE: Guía de Práctica Clínica, Enfermería basada en la evidencia, Enfermería, Competencia Profesional, Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados– CCEC® o BPSO®.

KEYWORDS: Practice guideline, Evidence-Based Nursing, Nursing, Professional Competence, Best Practice Spotlight Organization BPSO®.

OBJETIVOS

Medir las competencias de las enfermeras, de un hospital de tercer nivel, en práctica basada en la evidencia (PBE) previo al inicio del programa de implantación de guías de buenas prácticas en cuidados BPSO®/CCEC®.

Comparar los resultados obtenidos con los medidos a nivel nacional entre las enfermeras españolas.

Analizar la influencia de las variables sociodemográficas recogidas sobre el nivel de competencias en PBE.

Identificar barreras para la implantación del programa de CCEC® o BPSO® en el Hospital Universitario Río Hortega (HURH).

MÉTODOS

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado de noviembre de 2023 a febrero del 2024.

Se establece como población diana las enfermeras en activo del Hospital Universitario Río Hortega (N=676).

Se realiza un muestreo no probabilístico por conveniencia, excluyendo los cuestionarios incompletos.

Se recogen las siguientes variables: sociodemográficas, nivel académico, rol, tipo de unidad, años de experiencia laboral, conocimientos en PBE, habilidades en PBE, utilización de PBE, actitud hacia PBE y competencia global percibida sobre PBE.

Se utiliza el cuestionario validado EBQ-COQ PROF®1 en formato papel para la recogida de datos de las variables relacionadas con las competencias en PBE, tras la obtención de la autorización del autor para hacer uso de la herramienta. El cuestionario se evalúa mediante una escala Likert de 5 puntos con 35 preguntas ordenadas en las siguientes áreas: actitud, conocimientos, habilidades, utilización y, por último, la competencia en PBE como resultado global de la respuesta al cuestionario. Los investigadores distribuyeron los cuestionarios por las unidades de enfermería y los encuestados, una vez cumplimentadas las preguntas, devolvieron los cuestionarios en un sobre cerrado a los investigadores, a través de los jefes de unidad de enfermería. La cumplimentación del cuestionario fue anónima.

Los datos recogidos se introdujeron a través de un formulario “Microsoft Forms®” en una base de datos Excel. Posteriormente se hizo un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas en las variables cualitativas, así como, media, mediana y desviación estándar en las variables cuantitativas. El análisis inferencial de las variables recogidas se realizó con los estadísticos Chi-cuadrado, ANOVA y T student con el programa SPSS V29, asumiendo una $p < 0,05$. El contraste de resultados hallados en nuestra muestra con los datos teóricos de la media nacional extraídos de la

bibliografía¹ se realizó mediante el estadístico T student para muestras independientes.

RESULTADOS

Se obtuvieron 624 respuestas de profesionales. Una vez retirados aquellos cuestionarios que estaban incompletos, la muestra final a estudio estuvo compuesta por 519 encuestados (74% de la población total).

La puntuación global de competencia en PBE en la muestra fue de 120,19 puntos. En cuanto a las dimensiones evaluadas, la actitud presentó una media de 33,14 puntos, los conocimientos una media de 33,24 puntos, las habilidades 20,62 puntos y la utilización obtuvo una media de 33,19 puntos.

Se obtuvieron diferencias significativas en la competencia global en PBE de las enfermeras del HURH en comparación a la media nacional² (130,28 puntos) con un valor de $p < 0,001$. La muestra estudiada se ubicó por debajo de la media, con un percentil 40.

Todas las áreas del cuestionario analizadas mostraron resultados inferiores a la media española. Se hallan diferencias significativas con respecto a la media nacional tanto en los conocimientos como en las habilidades, ambas con un valor de $p < 0,001$, situándose por debajo de la media en un percentil 40. La actitud fue el área con peor resultado, con una media de 33,14 puntos, frente a la media nacional de 36,89 puntos, ubicándose en el percentil 25. La utilización de PBE fue la única área donde no se hallaron diferencias significativas, situándose en percentil 50 en relación con la media nacional.

En el análisis de los resultados de las variables recogidas con respecto a su posible influencia en el nivel de competencias estudiado, se observó una relación inversa entre los años de experiencia laboral y la media de conocimientos, habilidades, utilización y competencia global en PBE ($p < 0,001$). El nivel académico también mostró diferencias significativas en el nivel de competencias ($p = 0,002$), con mejores resultados en cuanto al nivel competencial para quienes poseen estudios de postgrados o son Enfermeros Internos Residentes. Además, el rol gestor influyó positivamente en el nivel de competencia en PBE ($p = 0,021$). No se encontraron diferencias significativas en las medias en función del tipo de unidad de trabajo.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos con este diagnóstico basal de competencias en PBE de las enfermeras del HURH resultan clave para conocer y establecer un punto de partida previo al inicio de implantación de las GBP de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), identificando posibles barreras en la institución que puedan condicionar el proceso de implantación del proyecto BPSO®/CCEC® como miembro de la 1ª Cohorte regional del Host de Castilla y León.

Este proyecto internacional, originario en Canadá y que en nuestro país lleva desarrollándose durante 12 años, ha mostrado en diferentes estudios, como los desarrollados por Redondo-Pérez y colaboradores³ o Fernández-Castro⁴, el incremento en el nivel de competencias en PBE de las enfermeras que participan en él.

Una de las estrategias clave del programa BPSO® es la democratización del conocimiento generado y los datos que se derivan de él⁵, siendo los profesionales sanitarios a pie de cama los líderes de la implantación de las guías y monitorización de su evolución. El empoderamiento, según los resultados de la revisión sistemática llevada a cabo por Teixeira y colaboradores⁶, se asocia positivamente con la evidencia, siendo por tanto el liderazgo de los profesionales a pie de cama un predictor importante de cómo se realiza la transferencia de la evidencia a la práctica clínica. Entornos donde las enfermeras perciben una cultura de liderazgo, el uso de evidencia fue mayor que donde esta percepción es más baja. Esta percepción coincide con los resultados de Fernández-Castro⁴ donde observa diferencias en el nivel competencial entre impulsores del programa y profesionales que no lo son.

Las competencias globales en PBE de las enfermeras del HURH a modo basal pre implantación son más bajas que la media nacional², situándose en un percentil 40, aunque con valores similares a otros centros en sus mediciones basales pre implantación³. Existe la necesidad de fortalecer la formación en PBE, siendo ya una barrera identificada por otros autores^{2,4}. Se observan mejores resultados competenciales en niveles académicos más elevados, por lo que promover la formación postgrado es una estrategia que ha mostrado resultados beneficiosos hacia la PBE.

Ante nuestros resultados, es necesario establecer estrategias que fomenten una mayor motivación y compromiso con la incorporación de la evidencia científica en la práctica clínica. Es fundamental mejorar la actitud hacia la PBE de las

enfermeras, dado que ha sido el área que mostró los peores resultados, por lo que se puede considerar una barrera actual en nuestro centro para la implantación de evidencia. La actitud positiva hacia la PBE de las enfermeras es clave cultura del centro y en los entornos para la implantación de evidencia.

Por último, aunque no se encontraron diferencias significativas en el área de “utilización” de la PBE en comparación con la media nacional², es destacable que esta área no presente brechas relevantes, lo que sugiere que, aunque el conocimiento, actitud y las habilidades sean áreas de mejora, existe una percepción positiva por parte de las enfermeras del HURH de estar actualmente aplicando de forma basal la PBE en su práctica clínica diaria.

En conclusión, el análisis basal realizado con este estudio ha permitido identificar áreas y algunas de las barreras que existen en el HURH que requieren intervención dentro del contexto de la implantación del programa CCEC® o BPSO®. La mejora de las competencias en PBE a través de este tipo de programas tiene un impacto significativo en la calidad de los cuidados ofrecidos. La implantación de cuidados basados en evidencia ha demostrado producir mejores resultados en salud. Estos datos basales nos permitirán a futuro evaluar el impacto del programa en nuestro hospital durante su implantación y una vez superado el período de candidatura.

“El presente trabajo ha sido realizado utilizando parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de guías de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. El autor expresa su agradecimiento al “Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®”. “Este programa, el programa Centros comprometidos con la Excelencia en Cuidados® está parcialmente financiado por el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia: un Centro de Excelencia del Instituto Joanna Briggs”.

Palabras clave: Guía de Práctica Clínica, Enfermería basada en la evidencia, Enfermería, Competencia Profesional, Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados- CCEC® o BPSO®.
Practice guideline, Evidence-Based Nursing, Nursing, Professional Competence, Best Practice Spotlight Organization BPSO®

Bibliografía:

¹ Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazar S, Leal-Costa C, Ramos-Morcillo AJ. Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof©): Development and Psychometric Validation. *Worldviews on Evidence-based Nursing*. 2020;17(5):366–75

² Ramos-Morcillo, A. J., Fernández-Salazar, S., Leal-Costa, C., Ruzafa-Martínez, M. Evidence-based practice nurses' competency: Spanish national survey and establishment of a scale of the EBP-COQ-Prof©. *Journal of Nursing Management*. 2021; 29(4): 794–804

³ Redondo Pérez, N., Berdón Berdón, M., del Río García, I., Rivas-González, N., Fernández - Castro, M. Competencias enfermeras en Práctica Basada en Evidencia, barreras y facilitadores. Estudio mixto: comparativo y mediante técnica Delphi. *Tesela Liderazgo y Gestión*. 2024; 32: e14620

⁴ Fernández-Castro, M., López, M., Martín-Gil, B., Rodríguez-Soberado, P., Rivas-González, N., Muñoz-Alvaredo, L., del Río-García, I., Redondo-Pérez, N., Jiménez, J. Nurses' evidence-based practice competence and hospital practice environment after specific training under the Best Practice Spotlight Organization® Programme. A cross sectional study. *Nurse Education Today*. 2023; 126:105808

⁵ Bujalance Hoyos, J. Modelo Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados: La transferencia de la evidencia a la práctica clínica en el Hospital Regional Universitario de Málaga. *Revista Enfermería Docente*. 2018;110: 2–3

⁶ Teixeira, A. C., Nogueira, A., Barbieri-Figueiredo, M. do C. 2023. Professional empowerment and evidence-based nursing: A mixed-method systematic review. In *Journal of Clinical Nursing*. 2023; 32 (13–14): 3046–3057

⁷ Jun, J., Kovner, C. T., Stimpfel, A. W. Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2016; 60: 54–68

⁸ Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira GA, Andrade RB, Masso GC. Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: An Integrative Review. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(4):2030-8.

⁹ Ruzafa-Martínez, M., Fernández-Salazar, S., Leal-Costa, C., & Ramos-Morcillo, A. J. (2024). Determinants of Evidence Implementation by Nurses: #Evidencer Model for the Use of Evidence-Based Practice (#EvidencerMUSEBP) - A Structural Equation Model. *Journal of Nursing Management*, 2024; 1–13

Otros aspectos:

El estudio cuenta con Dictamen favorable del CEIm Área Valladolid Oeste. Los

autores no declaran conflicto de intereses

No se ha empleado Inteligencia artificial.

EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA DEDO-SONDA EN LA SUCCIÓN EN EL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO: ENSAYO CLÍNICO

ID Comunicación: 263

Tipo de comunicación: Oral

MAYORGA RODRIGUEZ, C. I.; BARAJAS REYES, M. A.; García Martínez, I. Y.; Moreno Ayala, H. P.; Romero Rocha, L. S.; Sosa Bustamante, G. P.; González, A. P.; Paque Bautista, C.

Autores:

Cecilia Irais Mayorga-Rodríguez^{1a}, Misael Arturo Barajas-Reyes^{1b}, Iliana Yamile García-Martínez^{1c}, Héctor Paul Moreno-Ayala^{1d}, Lourdes Selene Romero-Rocha^{1e}, Gloria Patricia Sosa-Bustamante^{1f}, Alma Patricia González^{1g}, Carlos Paque-Bautista^{1h}.

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Bajío, Hospital de Gineco Pediatría No. 48, Dirección de Educación e Investigación en Salud. León, Guanajuato, México.

^{1a} <https://orcid.org/0009-0009-0297-3897>

^{1b} <https://orcid.org/0009-0000-5790-7568>

^{1c} <https://orcid.org/0009-0002-5037-6711>

^{1d} <https://orcid.org/0009-0009-4509-3734>

^{1e} <https://orcid.org/0009-0007-2211-4972>

^{1f} <http://orcid.org/0000-0002-8460-4965>

^{1g} <http://orcid.org/0000-0002-3401-7519>

^{1h} <https://orcid.org/0000-0002-2658-0491>

Palabras clave:

Prematuro, Transición Nutricional, Succión, Alimentación.

Introducción

La alimentación oral del Recién Nacido Pretérmino (RNPT) puede verse afectada por factores como la inmadurez fisiológica, neurológica y trastornos respiratorios. Es necesario implementar técnicas novedosas que impacten de manera positiva la succión del RNPT como la técnica dedo-sonda.

Objetivo

Evaluar la efectividad de la técnica dedo-sonda en la succión en el RNPT.

Métodos

Ensayo clínico, controlado, aleatorizado, ciego simple. Se incluyeron RNPT de 31 a 35 semanas de gestación, de 9 a 15 días de vida extrauterina, atendidos en el Servicio de Neonatología. Los RNPT se distribuyeron en dos grupos, Grupo 1 (intervención con técnica dedo-sonda) y Grupo 2 (técnica de alimentación convencional). La intervención dedo-sonda se llevó a cabo 6 veces al día durante 10 días; en ambos grupos se registró somatometría, signos vitales y escala NOMAS (Neonatal Oral Motor Scale, por sus siglas en inglés), la cual cuenta con α de Cronbach 0.8. El tamaño de muestra se calculó por diferencia de medias, de acuerdo con los datos publicados por Buldur E et. al., quienes reportaron que el tiempo transcurrido para la transición de la alimentación fue significativamente más corto en el grupo de intervención que en grupo control, 19.4 ± 15 días versus 29.7 ± 10.2 , con alfa de 0.05 y beta de 0.20, se obtuvo 25 y 24 pacientes por grupo, respectivamente, es decir, 49 RNPT en total. El muestreo fue probabilístico, por bloques. Se reportaron frecuencias, porcentajes y estadística descriptiva; se realizó prueba de chi cuadrada para comparar variables nominales; prueba T o U de Mann Whitney para establecer diferencias entre las variables numéricas de los dos grupos de estudio, de acuerdo con la

distribución de las mismas; así como, prueba de ANOVA para comparar 3 mediciones entre los grupos de estudio; se utilizó el paquete estadístico NCSS 2022® y Epidat 3.1. Investigación aprobada por el Comité de Ética para la Investigación y el Comité Local de Investigación, número de registro: R-2023-1002-042.

Resultados

Se analizaron 49 RNPT. La mediana de la edad para el Grupo 1 fue 32.4 ± 1.7 y en el Grupo 2, de 33.3 ± 1.7 ($p=0.07$). No se observó diferencia significativa entre las demás características sociodemográficas y antropométricas. El puntaje basal de la escala NOMAS para el Grupo 1 fue de 14.04 ± 4.45 versus Grupo 2 con 14.66 ± 4.32 , $p=0.61$, y, en el día 10 de seguimiento, Grupo 1 de 29 (26-31.5) versus Grupo 2 de 19 (17-21), $p<0.001$

Conclusión

La técnica dedo-sonda mostró efectividad ya que los RNPT presentaron mejoría en la succión a los 10 días de seguimiento, por lo que representa una opción terapéutica para la triada oromotora y la transición a la alimentación oral independiente.

Discusión

Se recomienda la implementación de la técnica dedo-sonda en la intervención de alimentación del RNPT con comportamiento desorganizado en la succión, como opción factible, accesible y asequible para el personal de salud que está a cargo del cuidado de la población neonatal.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Palabras clave

Prematuro, Transición Nutricional, Succión, Alimentación

Bibliografía:

- ¹ • Buldur E, Yalcin Baltaci N, Terek D, Yalaz M, Altun Koroglu O, Akisu M, et al. Comparison of the Finger Feeding Method Versus Syringe Feeding Method in Supporting Sucking Skills of Preterm Babies. *Breastfeeding Medicine*. 2020 Nov 1;15(11):703-8
- ² • Siqueira Gräwer R, Tamanini De Almeida S. Finger Feeding Technique to Encourage Feeding Transition in Preterm Newborns. *Surgery & Otorhinolaryngology*. 2019, 4 (1):16-17.
- ³ Barreda-Martínez P. Ensayo clínico sobre estimulación de la succión en prematuros mediante reacciones neuromotrices. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. el 23 de marzo de 2021;58(4).
- ⁴ Moreira CMD, Cavalcante-Silva RPGV, Fujinaga CI, Marson F. Comparison of the finger-feeding versus cup feeding methods in the transition from gastric to oral feeding in preterm infants. *J pediatr (Rio J) [Internet]*. el 1 de noviembre de 2017; 93(6):585-91.
- ⁵ Carvajal BV, Porras CV, Martínez LAD. El progreso de la alimentación oral del recién nacido prematuro. *Alimentación oral del recién nacido*. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*. 2010;42(3):262-70.
- ⁶ Alinezhad Shebilouysofla P, Mostafa Gharebaghi M, Sattarzadeh Jahdi N, Abdoli Najmi L, Hakimi S. Effect of cup, syringe, and finger feeding on time of oral feeding of preterm neonates: a randomized controlled clinical trial. *J Health Popul Nutr*. el 1 de diciembre de 2022;41(1).
- ⁷ Reza Mirjalili S, Aayan A, Mollah Hassanzadeh M, Dehghani K. Investigating the Effect of Two Feeding Methods with Cup and Finger on Feeding Tolerance and Gain Weight Investigating the Effect of Two Feeding Methods with Cup and Finger on Feeding Tolerance and Gain Weight in Preterm Infants Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit. *Int J Pediatr*. 2021; 9 (12)
- ⁸ Brantes AL, Curado MA dos S, Rebelo Cruz I. Técnicas de alimentação na promoção das competências oro-motoras do recém-nascido prétermo: a scoping review. *Enfermería Global*. 2021 Jan 1;20(1):489-538.

Otros aspectos:

Estandarización y estructuración del pase de turno enfermero en hospitalización pediátrica: estudio cuasi experimental

ID Comunicación: 370

Tipo de comunicación: Oral

Buck Sainz-Rozas, P.; García Fernández, L.; Ruiz Rodrigalvarez, J.; Duque Domínguez, M.

Estandarización y estructuración del pase de turno enfermero en hospitalización pediátrica: estudio cuasi experimental.

Pablo Buck Sainz-Rozas (<https://orcid.org/0000-0002-9401-2699>), Laia García Fernández (<https://orcid.org/0009-0008-3105-493X>), Judit Ruiz Rodrigalvarez (<https://orcid.org/0009-0003-5333-6245>) y Marina Duque Domínguez (<https://orcid.org/0009-0006-3423-3138>) (Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus, Barcelona). – Modalidad Oral.

Palabras claves: pase de turno, seguridad del paciente, estandarización, comunicación, enfermería, calidad.

Objetivo: Evaluar la efectividad de una herramienta estructurada de traspaso de información aplicada a hospitalización pediátrica. Como objetivos específicos se plantea:

- Adaptar una herramienta estructurada de pase de turno para profesionales de enfermería en hospitalización pediátrica.
- Evaluar la calidad del pase de turno por parte de la enfermera emisora en hospitalización pediátrica utilizando la técnica habitual no unificada.
- Evaluar la calidad del pase de turno por parte de la enfermera emisora en hospitalización pediátrica utilizando la herramienta SBAR – HP.
- Comparar la autoevaluación general con la calidad del pase de turno calculada según la Handoff CEX Scale.
- Determinar la adherencia a la herramienta SBAR – HP referida por parte del profesional emisor de enfermería de hospitalización pediátrica.
- Cuantificar la aplicabilidad a la herramienta SBAR – HP referida por parte del profesional emisor de enfermería de hospitalización pediátrica.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio cuasi experimental pre-post, aprobado por el CEIC (PR(AMI)395/2023), utilizando la Handoff CEX Scale para evaluar la calidad y estructuración del pase de turno. Este instrumento, valora las variables entorno, organización, contenido habilidades comunicativas, juicio clínico y componente humanístico del pase de turno con escalas Likert 0-9 a partir de la autoevaluación del emisor. Como intervención, se implementó la herramienta SBAR – HP durante 15 días, entre octubre y diciembre de 2023, en un hospital de tercer nivel. Esta se basa en la metodología SBAR, adaptada a la hospitalización pediátrica, en forma de plantilla que guía la preparación y el traspaso de información

Se incluyeron enfermeras de hospitalización pediátrica mediante un muestreo probabilístico no aleatorizado. Se caracterizó la muestra, se ejecuta un análisis descriptivo, una regresión logística del instrumento y un análisis bivariante correlacionando el resultado de la calidad del pase y la autoevaluación del proceso, así como la adherencia y la aplicabilidad de la herramienta.

Resultados: Participaron 110 enfermeras antes y 75 después de la implementación, siendo un 96% mujeres. Ambos grupos mostraron distribución homogénea en turno, servicio y edad. La variable dependiente Calidad del Pase de turno presentó una correlación positiva con la autoevaluación (Rho Spearman, $R=0,79$, $p<0,001$) y fue explicado por las variables de la escala Handoff CEX Scale (Regresión lineal, $R^2 = 1$, $p<0,001$).

La autoevaluación mediana del entorno (de 4 a 6), organización (de 6 a 7), habilidades (7), contenido (de 7 a 8), humanístico (de 7 a 8), autoevaluación (7) y calidad del pase de turno (de 53 a 70) mejoraron significativamente con SBAR-HP ($p<0,001$). La adherencia a la herramienta fue alta, con una mediana de 8, y la aplicabilidad futura, con una mediana de 6, fue valorada positivamente.

Discusión: La Handoff CEX Scale permite evaluar consistentemente la calidad del pase de turno. A pesar de limitaciones en la traducción de la herramienta y otros factores como el Efecto Hawthorne, SBAR-HP es prometedora para estandarizar y estructurar el pase de turno, con resultados favorables en la calidad de este. Es necesario optimizar la aplicabilidad e investigar su impacto. Aplicar esta herramienta en la práctica diaria enfermera, podría reducir los eventos de alto riesgo para la seguridad del paciente relacionados con la comunicación, mejorar la calidad de los cuidados y la satisfacción del paciente y su familia.

Otros aspectos del trabajo: El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de ética de la Investigación del Vall d'Hebron Institut de Recerca (PR(AMI)395/2023) y ha recabado el consentimiento informado de todos los participantes en el estudio. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. Los autores declaran no haber utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: Patient Safety; Patient Handoff; Communication; Nurses, Pediatric; Reference Standards.

Bibliografía:

¹ Yáñez-Corral AM, Zárate-Grajales RA. Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería. *Enfermería Universitaria* [Internet]. abril de 2016 [citado 13 de diciembre de 2022];13(2):99-106. Disponible en: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/91>

² Brown J, Sims S. Nursing clinical handover in neonatal care. *Contemp Nurse* [Internet]. 2 de diciembre de 2014 [citado 13 de diciembre de 2022];49(1):50-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25549744/>

³ Raeisi A, Rarani MA, Soltani F. Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. *J Educ Health Promot* [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 13 de diciembre de 2022];8(1):1-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31867358/>

⁴ Ferrara P, Terzoni S, Davì S, Bisesti A, Destrebecq A. A tool for assessing the quality of nursing handovers: a validation study. *Br J Nurs* [Internet]. 2017 [citado 13 de diciembre de 2022];26(15):882-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28792842/>

⁵ Mannix T, Parry Y, Roderick A. Improving clinical handover in a paediatric ward: implications for nursing management. *J Nurs Manag* [Internet]. 1 de abril de 2017 [citado 13 de diciembre de 2022];25(3):215-22. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12462>

Otros aspectos:

Comunicaciones orales : Metodología docente II / Oral communications: Educational methods II

Estudio Internacional de las Percepciones y Necesidades de Formación Continua de docentes de Enfermería: Un Análisis Transversal

ID Comunicación: 62
Tipo de comunicación: Oral

Martín Delgado, L.; Fuster-Linares, P.; Wennberg-Capellades, L.; Cid-Expósito, M.; Elonon, I.; Cassar, M.; Vauhkonen, A.; Kean, S.; Salminen, L.

Objetivo: Teniendo en cuenta la diversidad en el desarrollo profesional continuo y las necesidades educativas de los docentes de enfermería, este estudio tiene como objetivo explorar las percepciones y los requisitos de la formación continua entre los docentes de enfermería de cuatro naciones europeas.

Métodos: Se empleó un enfoque transversal comparativo, en el que participaron docentes de enfermería de cuatro países europeos. Se recogieron datos de 295 docentes de enfermería que representaban a 36 instituciones educativas de estas naciones, utilizando un instrumento adaptado denominado The Educators' Professional Development (EduProDe) a través de una encuesta electrónica. La selección de las instituciones educativas participantes se basó en un muestreo por conglomerados según la Nomenclatura de Unidades Territoriales Estadísticas (NUTS). Los datos se analizaron estadísticamente utilizando la versión 4.0.2 de R. (1). Se calcularon las estadísticas descriptivas, la media, la desviación estándar (DE) para las subescalas, y la mediana, el rango y el rango intercuartílico (IQR) para los ítems individuales para describir los datos demográficos de los participantes y las percepciones y necesidades de formación continua.

Resultados: Se observaron disparidades significativas entre los países en cuanto a la demanda de desarrollo de competencias profesionales ($p < 0,001$), las formas de formación continuada ($p < 0,05$) y las barreras a la formación continuada ($p < 0,05$). Los docentes de enfermería demostraron una fuerte motivación para participar en la educación continua y expresaron la necesidad de mejorar su competencia profesional. Destacaron la importancia de aprender de expertos, emplear diversos métodos de enseñanza y participar en la formación colaborativa con colegas. El apoyo institucional a la formación continuada de los docentes demostró ser vital para su crecimiento profesional.

Discusión: Existen variaciones en el desarrollo de la competencia profesional en los países seleccionados; sin embargo, los docentes de enfermería de todos los países muestran una alta motivación por la formación continua y refuerzan su importancia para el desarrollo de sus competencias (2-5). Los docentes percibieron que la mayor necesidad en su formación continua está relacionada con el refuerzo de sus conocimientos y competencias sobre la materia que imparten, los propios estudiantes son críticos con la competencia profesional de sus profesores (6,7). Los docentes reconocen menos necesidad de formación para gestionar conflictos, posiblemente porque es algo que forma parte de sus habilidades como enfermeros (8). Los docentes precisan formas de aprendizaje relacionadas con distintas técnicas, lo que se puede atribuir al reconocimiento de emplear técnicas de enseñanza variadas con sus alumnos (9-11).

Identificar y abordar las necesidades reconocidas y las perspectivas de los docentes sobre la formación continua en este contexto, mejorará la calidad de la formación en enfermería, fomentando la armonización en toda Europa.

Palabras clave: Docente en enfermería, enfermería, educación, necesidades de formación continua, desarrollo profesional continuo,

formación profesional continua.

Bibliografía:

- ¹ 1-R Core Team (2023). R: A language and environment for statistical computing. <https://www.R-project.org/>
- ² 2- Jackson, D., Peters, K., Andrew, S., Daly, J., Gray, J., and Halcomb, E. (2015). Walking alongside: a qualitative study of the experiences and perceptions of academic nurse mentors supporting early career nurse academics. *Contemporary nurse*, 51(1), 69–82. <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1081256>
- ³ 3- Koskimäki, M., Mikkonen, K., Kääriäinen, M., Lähteenmäki, M. L., Kaunonen, M., Salminen, L., and Koivula, M. (2021). Development and testing of the Educators' Professional Development scale (EduProDe) for the assessment of social and health care educators' continuing professional development. *Nurse education today*, 98, 104657. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104657>
- ⁴ 4- Koskimäki, M., Mikkonen, K., Kääriäinen, M., Lähteenmäki, M. L., Kaunonen, M., Salminen, L., and Koivula, M. (2022). An empirical model of social and healthcare educators' continuing professional development in Finland. *Health & social care in the community*, 30(4), 1433–1441. <https://doi.org/10.1111/hsc.13473>
- ⁵ 5- Oprescu, F., McAllister, M., Duncan, D., and Jones, C. (2017). Professional development needs of nurse educators. An Australian case study. *Nurse education in practice*, 27, 165–168. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.07.004>
- ⁶ 6- Salminen, L., Minna, S., Sanna, K., Jouko, K., and Helena, L. K. (2013). The competence and the cooperation of nurse educators. *Nurse education today*, 33(11), 1376–1381. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.09.008>
- ⁷ 7- Salminen, L., Tuukkanen, M., Clever, K., Fuster, P., Kelly, M., Kielé, V., Koskinen, S., Sveinsdóttir, H., Löyttyniemi, E., Leino-Kilpi, H., and PROCOMP Nurse-Consortium (2021). The competence of nurse educators and graduating nurse students. *Nurse education today*, 98, 104769. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104769>
- ⁸ 8- Losa Iglesias, M. E., and Becerro de Bengoa Vallejo, R. (2012). Conflict resolution styles in the nursing profession. *Contemporary nurse*, 43(1), 73–80. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.43.1.73>
- ⁹ 9- Culha, I. (2019). Active Learning Methods Used in Nursing Education. *Journal of Pedagogical Research*, 3(2), 74-86. <https://doi.org/10.33902/JPR.2019254174>
- ¹⁰ 10- Horntvedt, M. T., Nordsteien, A., Fermann, T., and Severinsson, E. (2018). Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review. *BMC medical education*, 18(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1278-z>
- ¹¹ 11- Xu, J. H. (2016). Toolbox of teaching strategies in nurse education. *Chinese Nursing Research*, 3(2), 54-57. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2016.06.002>

Otros aspectos:

Contenidos relacionados con Enfermería del Trabajo y Salud Laboral en los planes de estudio del Grado en Enfermería

ID Comunicación: 218

Tipo de comunicación: Oral

Romero Collado, A.; Rascón Hernán, C.; Zabaleta del Olmo, E.; Vila Vidal, D.; Serrat Graboleda, E.; Homs Romero, E.

Introducción

Según los datos del World Bank Group (2024) en el mundo están trabajando 3,63 billones de personas, de las que la International Labour Organization (2023) estima que mueren cerca 3 millones de trabajadores anualmente, un 6,71% de todas las muertes. De éstas, 2,6 millones son producidas por patologías (circulatorias, respiratorias y neoplasias malignas) y 330.000 por accidentes relacionados con el trabajo. También se estima que, anualmente, 395 millones de trabajadores sufren lesiones no mortales en su trabajo.

En España, la Enfermería del trabajo es una de las siete especialidades enfermeras a las que se accede después de la realización de una prueba anual, la elección de un número de plazas determinada y una especialización de 2 años. El número de plazas anuales de la enfermera del trabajo ha variado de las 12 en el año 2009 a las 113 del año 2024, la segunda especialidad con menos plazas ofertadas solo por delante de enfermería geriátrica, con 92 plazas, a mucha distancia de la primera, enfermería familiar y Comunitaria con 919 plazas (1,2).

Uno de los factores que puede influenciar la escasez de plazas en la especialidad de Enfermería del Trabajo es el contenido impartido durante el Grado en Enfermería, que al ser escaso, existe una baja demanda de esta especialidad por parte de las enfermeras

Objetivo

Analizar los contenidos relacionados con Enfermería y Salud Laboral presentes en los planes formativos de los centros que imparten el Grado en Enfermería en España.

Métodos

Estudio descriptivo de corte transversal realizado de marzo a mayo de 2024. Se analizaron todas las asignaturas de los planes de estudio del grado en Enfermería en España que aparecían en el Registro de Universidades, Centros y Títulos (RUCT) el 23 de febrero de 2024, en la sección de títulos, con los términos de búsqueda en denominación del título 'Enfermería', nivel académico 'Grado' y la disciplina 'Ciencias de la Salud'.

Los criterios de inclusión para formar parte del estudio fueron que estos centros estuvieran ofertando, como mínimo, los dos primeros cursos (de los cuatro necesarios para obtener el grado en enfermería) en el año académico 2023-2024 y tuvieran accesible online los programas de las asignaturas.

Se creó un cuestionario ad hoc que se incluía las variables: comunidad autónoma, universidad, tipo de centro, financiación, número de asignaturas obligatorias y optativas, y los contenidos específicos en Enfermería del Trabajo y Salud Laboral.

Los datos fueron recogidos durante los meses de febrero a mayo de 2024. Dos de los investigadores analizaron independientemente los contenidos de todas las asignaturas de cada centro que ofertaba el grado en enfermería y después ponían en común los resultados obtenidos. En caso de discrepancia, un tercer investigador la resolvía.

Resultados

De los 118 centros que impartían el Grado en Enfermería en España, 114 (96,6%) cumplían los criterios de inclusión. Cataluña y Andalucía con 15 centros (13,2%) cada una, y Madrid con 14 (12,3%) fueron las comunidades con más centros. Un poco más de dos tercios de los centros (76) eran públicos, 36 (31,6%) Facultades de Ciencias de la Salud, 17 (14,9%) Escuelas Universitarias de Enfermería y 14 (12,3%) Facultades de Enfermería. En 57 centros (50%) no se ofrecía ningún

contenido relacionado con la Enfermería del Trabajo ni Salud Laboral. En solo 1 centro (0,9%), de la Universidad Complutense de Madrid, se ofrecía una asignatura obligatoria titulada Legislación, Gestión y Salud Laboral en Enfermería, con una carga lectiva de 6 ECTS. En 38 (33,2%) centros se ofrecía al menos un tema en una asignatura obligatoria y en 28 centros (24,5%) se ofrecía una asignatura optativa, de los cuales 11 (9,6%) ofrecían un tema y una optativa conjuntamente. Los temas aparecían, mayoritariamente, en asignaturas como Enfermería Comunitaria (30,8%) y Salud Pública (17,9%). Las asignaturas optativas se denominaban Salud laboral (25%), Riesgos Laborales en Enfermería y Prevención de Riesgos Laborales en el Ámbito Sanitario, con un 14,3% cada una. La carga lectiva de las asignaturas optativas fue de 6 ECTS en 13 (46,4%) centros y 3 ECTS en 11 (39,3%) centros.

Discusión

La evolución de la oferta de plazas para realización la especialidad de Enfermería del Trabajo ha aumentado, de las 14 plazas de 2016 a las 87 de este año 2024, siendo la penúltima, con solo dos plazas más que la Enfermería Geriátrica(2,3). Quizás por ello solo existe una categoría laboral específica de la especialidad en seis comunidades autónomas españolas(4). Santos Posada(5) la denomina la gran desconocida de las especialidades enfermeras, a pesar de que indica que existen 8000 enfermeras/os del trabajo en España.

La Enfermera del Trabajo aporta a las organizaciones un valor añadido por su trayectoria y atención especializada(5), y el hecho que no esté presente en la mitad de los centros que imparten el grado en Enfermería es un freno al desarrollo de la especialidad. La mayoría de la docencia se realiza mediante asignaturas optativas, igual que sucede en países como Chile, Colombia, Brasil o México (6).

Implicaciones para la práctica: Conocer las deficiencias en relación con la Enfermería del Trabajo y Salud Laboral en los planes de estudio debe permitir realizar actuaciones para paliarlas. Los/as alumnos/as deben recibir unos contenidos mínimos durante su formación de grado de una de las especialidades enfermeras reconocidas para poder elegir con conocimiento.

Palabras clave: Enfermería del Trabajo; Grado en Enfermería; Planes de Estudio; España.

Bibliografía:

- ¹ Cuevas-Santos C. Nursing Specialities and professional practice: current situation and future perspectives. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2019; 29(6):357–364.
- ² Ministerio de Sanidad. Sanidad impulsa la Formación Sanitaria Especializada con la mayor oferta de plazas de la historia: 11.943. [Actualizado el 23/7/2024; Consultado el 6/9/2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6484>.
- ³ González-Caballero J, Romero-Saldaña M. El rol de la enfermería del trabajo, un debate abierto. *Med Segur Trab (Internet)*. 2022;68(268):135-141. doi: 10.4321/s0465-546x2022000300001
- ⁴ Fernández Fernández S, Díaz Gautier A, Fontán Vinagre G, Guerrero Menéndez R. Guía sobre especialidades de Enfermería para el desarrollo profesional. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España; 2024.
- ⁵ Santos Posada A. Enfermería del Trabajo. Más allá de lo laboral. *Rev ROL Enferm*. 2022;45(11-12):8-9.
- ⁶ Valencia-Contrera M, Rivera-Rojas F, Castro-Bastidas JD, Robazzi MLDCC, Quintana-Zavala M, Valenzuela-Suazo S. Undergraduate Occupational Health Nursing Education in Chile, Colombia, Brazil, and Mexico. *Workplace Health Saf*. 2024;72(2):75-78. doi: 10.1177/21650799231196885.

Otros aspectos:

Pedagogías de refugio: aprendizajes con estudiantes refugiados universitarios

ID Comunicación: 425

Tipo de comunicación: Oral

Costa Abós, S.; Jerez Paredero, C.; Rodríguez Martín, D.; Fernández Cervilla, A. B.

INTRODUCCIÓN

El movimiento y la migración son condiciones de definición histórica de la humanidad. Por tanto, la migración siempre ha sido un tema frecuente en los medios de comunicación, en las academias, en las iglesias, en la agenda de las autoridades públicas y las organizaciones internacionales (1). Sin embargo, según Douglas Weber (2), la mayoría de las personas que migran se encuentran en un estado de vulnerabilidad social y física, frente a los riesgos que conllevan los procesos de desplazamiento, especialmente en lo que se refiere a su salud y sus derechos fundamentales.

Eurostat afirma que el número de solicitudes de asilo en los países de la Unión Europea da un salto cuantitativo en 2015 y 2016 cuando se pasa de registrar 530.560 solicitudes en 2014, a más de 1 millón por cada año, debido a la afluencia masiva de refugiados procedentes de Siria (4). En España, el nº de solicitudes de refugio observa un importante repunte desde 2017 debido principalmente a la llegada masiva de nacionales de Venezuela como consecuencia de las condiciones sociopolíticas del país (5).

Cabe señalar el retraso importante en la resolución de los expedientes de solicitud de protección internacional, que puede llegar a unos 2 años en nuestro país además de conllevar un perfil marcadamente denegador de solicitudes, en comparación con la dinámica del total de los 27 países de la UE (5). Sin embargo, en el caso de la protección internacional subsidiaria, se puede obtener un permiso de residencia temporal que será revisable cada 5 años y que puede cesar si se considera que las causas que lo provocaron ya no existen (6). Las personas refugiadas tienen importantes dificultades en el acceso al mercado laboral, al mercado de vivienda (7,8).

El compromiso de “nadie se queda atrás” de la Agenda de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, mencionan explícitamente a los refugiados y estipulan al Objetivo 4.3: Para 2030, garantizar el acceso equitativo para todos las mujeres y hombres a una educación técnica, profesional y terciaria asequible y de calidad, incluida la universidad.

OBJETIVO

Analizar la construcción de la experiencia del refugio, a partir de las narrativas y significados producidos por los estudiantes refugiados, de la Universidad de Barcelona.

PARTICIPANTES / MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño. Para este estudio de perspectiva cualitativa (9), se utilizan estrategias de inspiración etnográfica posmoderna (10), e inserta la perspectiva post-estructuralista de los Estudios Culturales (EC) –con fuerte arraigo en latinoamericana– o Interculturales –corriente más utilizada en Europa–.

Ámbito y población de estudio. La elección de los estudiantes refugiados invitados a participar en la investigación se ha basado en el método intencional y muestreo por conveniencia (11). Se ha procurado garantizar una representación de participantes de diferentes edades, diferentes sexos y diferentes lugares de origen.

Recogida de datos. La técnica de investigación utilizada es la entrevista narrativa individual, en profundidad, además de la grabación de todas ellas para la posterior codificación y análisis conjunto.

Análisis de datos. Los discursos producidos han sido analizados desde la teorización Foucaultiana (12,13). Se realizaron mapeos discursivos para organizar los datos, a través de la construcción de unidades analíticas, para delimitar los elementos culturales, además de mapear las relaciones de poder que se tejen en el contexto universitario.

ASPECTOS ÉTICOS

Se respetaron los principios éticos que incluyen el interés científico y social de lo investigado, la validez científica, una selección justa de los sujetos participantes, razón beneficio-riesgo favorable, una evaluación independiente, el consentimiento informado y el respeto hacia los participantes (14). Asimismo, se ha obtenido la aprobación del proyecto de la Comisión de Bioética de la UB.

El rigor del estudio está regido por los criterios de Lincoln y Guba (15). Todos los participantes han recibido una copia de su transcripción para garantizar la credibilidad.

RESULTADOS

La Fundación Solidaridad de la Universidad de Barcelona (FSUB) trabaja en todos aquellos ámbitos en los que la universidad puede ejercer su responsabilidad como actor social, especialmente con los sectores más vulnerables de la sociedad. A partir de 2015, se inicia el Programa de apoyo a personas refugiadas y provenientes de zonas en conflicto, con dos campos de actuación principales:

1) Apoyo académico y a la integración social:

- Apoyo académico y educativo: Hay becas que cubren la totalidad de las tasas de la matrícula. Con el apoyo del Ayuntamiento de Barcelona, se desarrolla el curso de transición a la Universidad.
- Alojamiento.
- Inclusión social con apoyo para el aprendizaje de idiomas y las cuestiones de la vida diaria. Hay programas de mentoría.
- Asesoramiento legal y asistencia psicológica.

2) Trabajo en red y cooperación:

- La UB colabora con diferentes países en tareas académicas y de investigación, y puede liderar acciones para paliar las barreras que viven las personas refugiadas.
- La UB organiza distintas actividades destinadas a la sociedad civil para informar, formar y sensibilizar sobre la crisis del refugio, sus causas, consecuencias, actores.

Asimismo, la FSUB colabora en proyectos europeos y de dimensión internacional relacionados con la crisis del refugio. Cabe destacar uno ya finalizado: Higher Education Supporting Refugees in Europe (inHERE), cuyo objetivo fue facilitar el acceso y la integración de las personas refugiadas en el EEES (4).

Refugiados y estudiantes universitarios aceptados en la Universidad de Barcelona

Categorías de análisis

1 – *La situación previa de emigrar.*

Los candidatos que postulan al Programa de Ayuda de la FSUB provienen de países que han sufrido o continúan con graves conflictos bélicos, en sus países de origen. Del total de 8 entrevistados, 7 proceden de Siria y 1 de Afganistán. El conocimiento del programa tuvo lugar en sus países de origen o colindantes, al ser ya desplazados en ese momento, solicitándolo desde allí para poder obtener una plaza, lo cual explica que la llegada a Barcelona (España) tuvo lugar una vez fueron admitidos en el programa. El trauma que arrastran casi todos ellos se revelan en esta primera parte de las entrevistas.

2 – *Las percepciones a su llegada*

Aunque con algunas diferencias, la llegada ocurre de una manera abrupta, sin conocer prácticamente nada de Cataluña y, en muchos casos, ni siquiera tenían constancia de que en Cataluña se hablan 2 idiomas oficiales. En todos los casos, se inicia un periodo de transición a la Universidad, que está focalizado al aprendizaje del idioma y a la inserción social. La mayoría se iniciaron con el idioma castellano y, a continuación, con el catalán ya que la dificultad de un aprendizaje conjunto resultaba inviable. En algunos casos, especialmente aquellos que iban a cursar algún Máster, en lugar de un Grado, no fue del todo imprescindible el aprendizaje del idioma español o catalán, debido a que sus estudios se iban a cursar en inglés y las entrevistas se hicieron en ese idioma, cosa que nos resultó sorprendente en ese momento y generó nuevas

preguntas.

3 – *Diferencias culturales: (in) tolerancia.*

Las diferencias culturales en todos los casos han sido muy importantes tanto por el país de procedencia como por el idioma ya que, la mayoría, son de origen arábico, lo que ha supuesto un gran reto para cursar sus estudios. El hecho de que el lugar de destino no siempre muestre acogida y respeto por la diversidad, como relataron algunos estudiantes sobre Cataluña, hace que el migrante acabe experimentando una doble violencia, es decir, es indeseable a la salida y a la llegada. Como la mayoría de los migrantes y refugiados en España, también han sufrido actos de xenofobia, racismo – estructural o no – dentro y fuera de la Universidad. Con frecuencia refieren situaciones de explícita (in)tolerancia hacia ellos, por una ligera diferencia en el color de su piel e incluso mediante conductas xenófobas en diferentes contextos, tanto a nivel de convivencia en los alojamientos como incluso la de alguna profesora de la universidad, como explicó un entrevistado. Sin embargo, al mismo tiempo, el apoyo del resto de compañeros fuera del aula (nadie se enfrentó abiertamente), le proporcionó el apoyo necesario para sobrellevarlo.

4 – *La inserción como estudiantes en la UB.*

Los estudiantes destacan la importancia del Programa de Ayuda a personas refugiadas y de zonas en conflicto, de la FSUB, así como el haber sido seleccionados entre muchos otros. La ayuda no solo es para la matrícula de cursar un Grado o Máster en la UB sino también para el alojamiento, los recursos médicos y psicológicos disponibles, el curso de transición con profesora de idioma español/catalán e incluso un pequeño dinero mensual para sus gastos, una vez instalados en Barcelona. Así mismo, destacan el trámite de sus títulos o convalidaciones que gestiona el programa con gran agilidad para iniciar sus estudios. La situación bélica en sus países de origen, en varios casos, conlleva a la quema de documentos o certificados oficiales. Por otro lado, la presión auto-ejercida para aprovechar al máximo esta oportunidad única, les genera un estrés añadido que conlleva a la reducción de las relaciones sociales, en muchos casos, con el fin de duplicar las horas de estudio o incluso más, que las que dedican los autóctonos. En general, manifiestan que el programa, el profesorado y compañeros han sido de gran ayuda para conseguirlo, cosa que agradecen, a la vez que les sorprenden las diferencias de relación con el profesorado, comparado con la vivida en sus países de origen, por la cercanía, disponibilidad y menor rigidez en la UB. Como puntos negativos: la incertidumbre sobre su permanencia una vez finalizan los estudios debido a la ley sobre extranjería que rige en España y que enlentece cualquier solicitud. Otros, los menos, tienen en mente diferentes destinos al acabar, para poder reunirse junto a familiares o amigos, en algún país europeo.

DISCUSIÓN

En relación con la prestación recibida, los estudiantes de la UB reciben una ayuda importante al proporcionarles alojamiento, soporte médico y psicológico, clases de idioma al inicio y una pequeña remuneración mensual. Por ello, se entiende que el nº de plazas ofertadas difiere comparado con otros programas y países. En la Universidad Complutense de Madrid tienen solo 4 plazas para personas refugiadas, que están destinadas a personas con riesgo de exclusión social [1].

En relación con la exigencia sobre el nivel del idioma, la UB proporciona los medios para un aprendizaje progresivo con el curso de adaptación, antes de iniciar los estudios. Sin embargo, los entrevistados priorizan duplicar las horas de estudio en detrimento de construir una nueva red de apoyo y de ocio. En la UOC, entre los requisitos de las becas que ofertan a refugiados, se exige el nivel B2 de inglés del MCER [2] requisito de admisión establecido en la UE [3].

LIMITACIONES

Somos conscientes de la importancia del contexto para “leer” un determinado fenómeno; la ubicación del propio contexto cultural del investigador que “evalúa” un elemento de otra cultura, por tanto, de comprender que percibimos la realidad social a través de “lentes” que construimos socialmente. Diríamos que es una forma de cultura intelectual, de convicción y colaboración para con un objetivo común. El siglo XXI posiblemente vea surgir un nuevo tipo de universidad con una mezcla de departamentos disciplinares, nuevas disciplinas y centros inter y transdisciplinares (16).

CONCLUSIONES

Se espera que los resultados de la investigación, además de los beneficios indirectos para los participantes, puedan apoyar en la preparación de futuras convocatorias de ayudas para la promoción del acceso a la educación superior de estudiantes en situación de refugio, así como temas relacionados con el aprendizaje, la permanencia y la participación en la universidad

Evaluación de la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios

ID Comunicación: 378

Tipo de comunicación: Oral

Catalán Edo, P.; Aguirre Molina, P.; Hernandez Lopez, A.; Alvarez Moreno, M. R.; Camacho Ballano, M. A.; Aguirre Alonso, B.; Orea Castellano, E.; López Granero, C.

Evaluación de la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios

Catalán Edo Pilar¹⁻² (orcid 0000-0001-8704-5866), Aguirre Molina Pilar³, Hernández López Alicia¹⁻², Álvarez Moreno María Rosa¹⁻², Camacho Ballano M^a Ángeles¹⁻², Aguirre Alonso Begoña¹⁻² (orcid 0009-0004-7206-5361), Orea Castellano Enrique¹⁻² (orcid 0009-0009-0499-8545), López Granero Caridad²⁻⁴

1. Escuela de Enfermería de Teruel. UNIZAR. Hospital Obispo Polanco
2. Grupo de investigación S24_23R: "Psicología: Procesos Cognitivos y Sociales"
3. Hospital Ernest Lluch Martín de Calatayud
4. Facultad de Psicología UNIZAR. Campus de Teruel

Palabras clave: dieta mediterránea, ejercicio físico, estrés subjetivo, estudiantes universitarios, promoción de la salud, sobrepeso

Objetivo. Analizar la adherencia a la dieta mediterránea entre la población universitaria y su influencia en variables físicas y psicológicas. Evaluar si existe asociación entre la adherencia de la dieta mediterránea con el estilo de vida promotor de la salud.

Método. Estudio observacional descriptivo transversal en una muestra de 413 alumnos universitarios que se seleccionaron de manera no aleatoria. Todos los participantes fueron informados por escrito previa a su participación y firmaron el consentimiento informado.

Las variables a estudio fueron; edad, género, grado universitario y curso matriculado, nivel de actividad física (AF) mediante el cuestionario IPAQ¹, percepción de calidad de vida², datos de composición corporal recogidos mediante báscula de bioimpedancia Tanita, valoración del índice cintura-cadera, tensión arterial, frecuencia cardíaca³. Otras variables se recogieron mediante cuestionario online: 1) Índice PREDIMED⁴ para valorar la adherencia a la dieta mediterránea, 2) El Beck Anxiety Inventory (BAI)², 3) BECK's Depression Inventory, 4) Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II)⁵⁻⁶. El análisis estadístico se llevó a cabo con Jamovi versión 2.3.2.

Resultados. Del total de la muestra 413, finalmente se compuso por 376 universitarios, de los cuales 303 eran mujeres (80,6%) y 73 hombres (19,4%). La media de edad fue de 21,9 años. El 79,1% tuvo mala adherencia a la dieta mediterránea, con un 21,55% de sobrepeso y un 13,3% de índice cintura-cadera patológico. Un 24,1% no realizaba actividad física.

La adherencia a la dieta mediterránea no se correlaciona con la edad, sexo, peso, IMC, porcentaje de grasa, impedancia, ni con el perímetro cintura-cadera. Sin embargo, presenta asociación con el grado estudiado ($p=0,026$), siendo los de estudiantes universitarios del grado de enfermería los que mayor adherencia mostraron y los que menos los estudiantes del grado de bellas artes.

Se evidencia una correlación negativa entre la adherencia a la dieta mediterránea y la TAS ($p=0,014$ r de Pearson $-0,128$) y TAD ($p=0,002$ r de Pearson $-0,164$) y FC ($p=0,037$ r de Pearson $-0,108$).

En cuanto a las variables psicológicas analizadas:

–un 77,5% presentaba síntomas de ansiedad, siendo el 52% moderado o grave. No encontramos asociación entre la baja adherencia a la dieta mediterránea (PREDIMED) y la ansiedad medida mediante BAI. El nivel de estrés y la ansiedad de los estudiantes se asocia con la percepción subjetiva de calidad de vida ($p<0,001$), es decir aquellos estudiantes con mayor nivel de estrés puntuaron peor su nivel de calidad de vida. Un 25% de la muestra percibe su calidad de vida como regular o mala.

–Un 30,6% de la muestra presenta síntomas de depresión según el cuestionario BECK siendo el 21,5% de casos moderados o graves. Encontramos asociación negativa entre la adherencia a la dieta mediterránea y los síntomas de depresión (R de Pearson $-0,124$ $p=0,016$). La puntuación del BECK se asocia con la percepción de la calidad de vida de los estudiantes ($p<0,001$).

En relación con la AF encontramos diferencias en la adherencia a la dieta mediterránea por grupos ($p=0,001$) siendo los activos los que mejor adherencia presentaron. La actividad física se asocia con los síntomas de estrés ($p<0,001$), ansiedad ($0,007$) y depresión ($p=0,004$), siendo los activos los que menos síntomas psicológicos reflejaron.

En el análisis del estilo de vida promotor de la salud HPLP-II no encontramos relación con el IMC, porcentaje de grasa, perímetro de cintura y cadera, TA o FC, sin embargo, los alumnos que puntúan mejor en el estilo de vida promotor de la salud puntúan peor en los test específicos de ansiedad (R de Pearson $-0,170$ $p<0,001$) y depresión (R $-0,323$ $p<0,001$), es decir existe asociación negativa entre ambos conceptos y puntúan mejor en la adherencia a la dieta mediterránea (R $0,544$ $p<0,001$).

Discusión. La transición a la universidad es una etapa decisiva para la adquisición de hábitos alimenticios que continúan hasta la edad adulta^{2,7}. El estudio PREDIMED⁴ establece que la dieta mediterránea se asocia a una menor presencia de obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares⁵, estos datos no se observan en nuestro estudio, tal vez debido a la edad de los participantes que es menor de la de otros estudios analizados. La dieta mediterránea tiene muchos beneficios para la salud, particularmente en la reducción del riesgo cardiovascular, estos datos se aprecian también en la población universitaria, ya que según observamos la asociación entre los aumentos de cifras de TA con la baja adherencia a la dieta mediterránea puede hacernos sospechar que las modificaciones a nivel circulatorio se inician en edades tempranas, en las que todavía se podrían realizar intervenciones que revertirán ese proceso. La carga de síntomas psicológicos está aumentando en todo el mundo, estudios longitudinales observaron la disminución de síntomas de depresión en aquellos participantes que seguían una adherencia a la dieta mediterránea si bien se plantean que existen múltiples factores condicionantes⁸. Según nuestros datos transversales observamos asociación entre la adherencia a la dieta mediterránea y el aumento de síntomas de estrés, ansiedad y depresión. El fomento de la actividad física en la universidad⁶ y la puesta en marcha de proyectos de promoción de la salud por sanitarios que abarquen la triada psicológica, alimentaria y corporal previsiblemente mejorarían la adherencia a la dieta mediterránea y la salud y calidad de vida de esta población.

Referencias Bibliográficas:

- 1 Marcos AT, Herencia JAC, Royo JMP, López-Gil JF, Marcos LT, López PJT. [Evolution of the diet and physical activity of university students after the COVID-19 pandemic]. *Nutr Hosp* [Internet]. 2023 May 1 [cited 2024 Mar 3];40(3):597-604.
- 2 García-Pérez L, Villodres GC, Muros JJ. Differences in healthy lifestyle habits in university students as a function of academic area. *J Public Health (Oxf)*. 2023 Jun 14;45(2):513-522. doi: 10.1093/pubmed/fdac120.
- 3 García-Pérez-de-Sevilla G, Pérez-Chao EA, Pareja-Galeano H, Martínez-Jiménez EM, de-la-Plaza-San-Frutos M, Sánchez-Pinto-Pinto B, Romero-Morales C. Impact of lifestyle on health-related quality of life among young university students: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 2021 Aug-Sep;139(5):443-451.
- 4 Ros E. The PREDIMED study. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2017 Feb 1;64(2):63-6.
- 5 Nelia Soto-Ruiz M, Aguinaga-Ontoso I, Guillén-Grima F, Marín-Fernández B. [Changes in the physical activity of university students during the first three years of university]. *Nutr Hosp* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2024 Mar 1];36(5):1157-62.
- 6 Martín Castellanos Á, Martín Castellanos P, Martín E, Barca Durán FJ. Abdominal obesity and myocardial infarction risk – We demonstrate the anthropometric and mathematical reasons that justify the association bias of the waist-to-hip ratio. *Nutr Hosp* [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 22];38(3):502-10.

7 Romero-Blanco C, Hernández-Martínez A, Parra-Fernández ML, Onieva-Zafra MD, Prado-Laguna MDC, Rodríguez-Almagro J. Food Preferences in Undergraduate Nursing Students and Its Relationship with Food Addiction and Physical Activity. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 24;19(7):3858. doi: 10.3390/ijerph19073858.

8-Cano-Ibáñez N, Serra-Majem L, Martín-Peláez S, Martínez-González MÁ, Salas-Salvadó J, et al. Association between the Prime Diet Quality Score and depressive symptoms in a Mediterranean population with metabolic syndrome. Cross-sectional and 2-year follow-up assessment from PREDIMED-PLUS study. *Br J Nutr*. 2022 Sep 28;128(6):1170-1179. doi: 10.1017/S0007114521004323.

Otros aspectos del trabajo: Este estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de la investigación de Aragón (CEICA C.I. PI21/487). Los autores no tienen ningún conflicto de interés ni han utilizado IA en el proceso de redacción

Palabras clave: dieta mediterránea, ejercicio físico, estrés subjetivo, estudiantes universitarios, promoción de la salud, sobrepeso

Bibliografía:

- ¹ Marcos AT, Herencia JAC, Royo JMP, López-Gil JF, Marcos LT, López PJT. [Evolution of the diet and physical activity of university students after the COVID-19 pandemic]. *Nutr Hosp* [Internet]. 2023 May 1 [cited 2024 Mar 3];40(3):597-604. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37073750/>
- ² García-Pérez L, Villodres GC, Muros JJ. Differences in healthy lifestyle habits in university students as a function of academic area. *J Public Health (Oxf)*. 2023 Jun 14;45(2):513-522. doi: 10.1093/pubmed/fdac120. PMID: 36341703.
- ³ García-Pérez-de-Sevilla G, Pérez-Chao EA, Pareja-Galeano H, Martínez-Jiménez EM, de-la-Plaza-San-Frutos M, Sánchez-Pinto-Pinto B, Romero-Morales C. Impact of lifestyle on health-related quality of life among young university students: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 2021 Aug-Sep;139(5):443-451. doi: 10.1590/1516-3180.2021.0138.R2.120321. PMID: 34287512; PMCID: PMC9632534.
- ⁴ -Ros E. The PREDIMED study. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2017 Feb 1;64(2):63-6.
- ⁵ Nelia Soto-Ruiz M, Aguinaga-Ontoso I, Guillén-Grima F, Marín-Fernández B. [Changes in the physical activity of university students during the first three years of university]. *Nutr Hosp* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2024 Mar 1];36(5):1157-62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31475835/>
- ⁶ Martín Castellanos Á, Martín Castellanos P, Martín E, Barca Durán FJ. Abdominal obesity and myocardial infarction risk - We demonstrate the anthropometric and mathematical reasons that justify the association bias of the waist-to-hip ratio. *Nutr Hosp* [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 22];38(3):502-10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33757289/>
- ⁷ Romero-Blanco C, Hernández-Martínez A, Parra-Fernández ML, Onieva-Zafra MD, Prado-Laguna MDC, Rodríguez-Almagro J. Food Preferences in Undergraduate Nursing Students and Its Relationship with Food Addiction and Physical Activity. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 24;19(7):3858. doi: 10.3390/ijerph19073858. PMID: 35409543; PMCID: PMC8998007.
- ⁸ Cano-Ibáñez N, Serra-Majem L, Martín-Peláez S, Martínez-González MÁ, Salas-Salvadó J, et al. Association between the Prime Diet Quality Score and depressive symptoms in a Mediterranean population with metabolic syndrome. Cross-sectional and 2-year follow-up assessment from PREDIMED-PLUS study. *Br J Nutr*. 2022 Sep 28;128(6):1170-1179. doi: 10.1017/S0007114521004323.

Otros aspectos:

Comunicaciones orales: Práctica clínica I / Oral communications: Clinical practice I

Correlación entre niveles de tacrolimus obtenidos de catéter central y venopunción en pacientes con trasplante pulmonar

ID Comunicación: 10
Tipo de comunicación: Oral

Diego Fernández, V.; Cornejo Callejo, P.; Gandarillas Ruiz, P.; Catalán Ramírez, M. M.; Arquero González, J. A.; Herranz Arenillas, P.; Ruiz Antolín, M.; Álamo Ibañez, M.; Mora Cuesta, V. M.

Introducción

El trasplante pulmonar (TP) es una opción de tratamiento para pacientes con patología respiratoria crónica no neoplásica, grave e irreversible, siempre y cuando se hayan agotado todos los recursos terapéuticos disponibles, y la expectativa y calidad de vida tras el trasplante superen a las de la enfermedad que lo condiciona.

Tras la realización del TP, uno de los principales factores que limitan la supervivencia es la respuesta aloinmune. Para evitar la respuesta aloinmune, es fundamental recibir tratamiento inmunosupresor. Existen diferentes esquemas de inmunosupresión en TP y no existe consenso sobre cuál es el mejor, aunque tacrolimus ha demostrado mayor beneficio con respecto a ciclosporina en la prevención de la disfunción crónica del injerto.

Tacrolimus es considerado un fármaco de estrecho margen terapéutico, por lo que precisa de monitorización de niveles sanguíneos para garantizar su correcto efecto inmunosupresor, y al mismo tiempo minimizar los efectos secundarios. Los pacientes en tratamiento con tacrolimus, se monitorizan de forma periódica en función de la época del trasplante y situación clínica del paciente.

Uno de los principales problemas en la monitorización de los niveles de tacrolimus es el método de extracción de la muestra de sangre total. Por norma general en la mayoría de los centros de TP, las extracciones de sangre para determinación de niveles se hacen mediante venopunción directa, evitando la extracción de catéteres. En ocasiones las extracciones sanguíneas son numerosas y generan disconfort en el paciente, y, por otro lado, son en muchas ocasiones complicadas de extraer por las características de los pacientes (lesiones venosas por punciones múltiples, hematomas, edemas en extremidades superiores e inferiores, etc...).

En este contexto, surge la pregunta sobre si las extracciones de niveles de tacrolimus de catéteres venosos centrales (CVC) pudiera tener utilidad en los pacientes con TP, pero existe muy poca evidencia científica al respecto. Las experiencias reportadas son principalmente con una alta representación pediátrica; son estudios realizados en trasplantes de médula ósea o hepáticos, en ningún caso pacientes con TP; son estudios en los que se analiza fundamentalmente ciclosporina y no tacrolimus, ya que la mayoría de ellos son antiguos; en la mayoría de ellos se ha utilizado el anticalcineurínico por vía intravenosa, por lo que comparan los niveles de la luz usada para la administración del fármaco con respecto a la luz no usada.

Por lo tanto, con esta escasa evidencia científica, el objetivo de este estudio es evaluar la correlación entre los niveles de tacrolimus obtenidos de CVC y venopunción directa en pacientes adultos con TP, en quienes no se administra tacrolimus endovenoso.

Material y métodos

Se realizó un estudio prospectivo incluyendo pacientes con TP hospitalizados en la planta convencional en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), portadores de un catéter central [bien CVC o un catéter venoso central de inserción periférica (PICC)] y por el que no se hubiera administrado tacrolimus endovenoso, independientemente del motivo de ingreso y el tiempo transcurrido tras el TP. En ningún caso se indicó la canalización ni se prolongó el mantenimiento del

CVC para la participación en el estudio. Fueron excluidos los pacientes con CVC implantado (reservorio).

Variables

Se registraron variables relacionadas con los pacientes (edad, sexo, fecha de trasplante, tipo de trasplante, enfermedad que condicionó el trasplante y el motivo de ingreso); variables relacionadas con la extracción de la muestra [tipo de catéter (CVC o PICC), localización del catéter, longitud y la fecha de canalización del mismo] y variables relacionadas con el nivel de tacrolimus (pauta de administración de tacrolimus, fármacos y sueros concomitantes, y variables analíticas).

Procedimiento de extracción y análisis de niveles:

Se obtuvieron dos muestras valle por cada monitorización: una obtenida por punción directa y una segunda muestra de catéter central, en un tiempo no superior a 10 minutos de la extracción por punción directa.

La extracción de la muestra del CVC se llevó a cabo mediante el siguiente procedimiento:

- En el caso de estar recibiendo sueroterapia y/o tratamiento endovenoso en el momento de la extracción, se detiene su administración y se utiliza una luz alternativa.
- En el caso de que la luz a utilizar estuviera heparinizada, se extrajeron 3 ml correspondientes al sello de heparina, se lavó la luz con 10 ml de suero salino y se extrajeron 10 ml de sangre del catéter para desechar (utilizando siempre una jeringa de 10 ml y no un tubo de analítica).
- Posteriormente se procedió a la extracción de la muestra mediante procedimiento habitual: conexión de la campana extractora con adaptador al bioconector conectado a la vía central, y extracción de la muestra de tacrolimus en tubo de analítica.
- Posteriormente, se lavó la vía con 10 ml de suero salino y se procedió a la heparinización de la luz si precisaba. En el caso de estar recibiendo tratamiento endovenoso o sueroterapia, se reiniciaba una vez finalizado el procedimiento de extracción.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de Medicamentos de Cantabria (España), con código de protocolo 2023.171.

Análisis estadístico

Para hacer una estimación del tamaño muestral se utilizó la variabilidad (desviación estándar) de la diferencia del nivel de tacrolimus entre la muestra obtenida de venopunción y el CVC de las primeras 20 determinaciones. Para alcanzar una potencia del 90% y un nivel de dignificación de 5% para detectar una media de diferencias de 0.5 entre los pares de muestras, asumiendo que la desviación estándar de las diferencias es de 1.1, se requirieron 54 pares de muestras. En otras palabras, si se seleccionan 54 pares de muestras aleatorias para determinar que la media de las diferencias es de 0.5 y la desviación estándar de las diferencias es 1.1, se obtendrá una potencia del 90% para declarar que la media de la diferencia de los pares de muestras es significativamente diferente de cero. Por lo tanto, una vez alcanzadas las 54 muestras se detuvo el reclutamiento.

Las variables cuantitativas continuas se expresaron como media \pm desviación estándar en aquellas de distribución normal, y como mediana y rango intercuartílico en aquellas de distribución no normal. Las variables categóricas fueron expresadas en frecuencias y porcentajes. Se utilizó la prueba de Smirnov-Kolmogorov para estudiar si las variables cuantitativas continuas tenían una distribución normal o no.

Se realizó un coeficiente de correlación de Pearson para evaluar el grado de correlación entre las muestras obtenidas de CVC y de venopunción directa.

Se utilizó el método de Bland-Altman para cuantificar la diferencia media entre ambas medidas y un rango de confianza entre los cuales se esperaba se incluyan el 95% de las diferencias entre una técnica de medida y otra.

Se consideró una relación estadísticamente significativa, un valor $p \leq 0,05$.

Resultados

Se inició el reclutamiento el 19/10/2023, obteniendo el total de 54 muestras objetivo el 18/01/2024. Fueron incluidos un total de 16 pacientes con una media de 3.38 ± 1.31 muestras por paciente.

Todos los pacientes estaban con tacrolimus oral, tan solo un paciente recibía voriconazol en el momento de la extracción, y ninguno recibía otros medicamentos que tradicionalmente provocan interacción con los anticalcineurínicos. Ningún catéter presentó obstrucción que no permitiera la extracción de muestras sanguíneas. No hubo ningún caso de bacteriemia.

Aunque la diferencia de niveles entre ambas muestras fue pequeña 0.3 (0.1 – 0.6) mcgs/L, en una mayoría de ocasiones el valor obtenido de venopunción fue mayor que el obtenido del catéter. Sin embargo, en el 92.6% de las ocasiones la diferencia de niveles obtenidos entre ambas muestras no hubiera condicionado cambios en el ajuste de dosis de tacrolimus por parte del clínico responsable al estar ambas determinaciones dentro del rango deseado para cada época de trasplante.

Se observó una buena correlación entre el valor de tacrolimus obtenido de catéter y la muestra de venopunción (coeficiente de correlación de Pearson de 0.991; $p = < 0.001$; $R^2 = 0.982$).

Discusión:

Nuestros resultados demuestran que existe una buena correlación de niveles de tacrolimus entre las muestras obtenidas por punción venosa y las obtenidas de catéter central en una cohorte de pacientes con TP en quienes no se ha administrado tacrolimus endovenoso. Estos resultados son de especial relevancia ya que permite la estrecha monitorización de niveles de tacrolimus minimizando procedimientos invasivos como las punciones venosas de repetición.

Nuestros resultados tienen una alta representación de pacientes con TP reciente, es decir, pacientes cuyo motivo de ingreso era el procedimiento del TP. En estos pacientes, la monitorización de niveles de tacrolimus estrecha es de especial importancia ya que sufren diversos factores relacionados con el postoperatorio que afectan a los niveles de tacrolimus.

Uno de los factores limitantes en la monitorización de niveles de tacrolimus es el método de extracción, ya que punciones venosas de repetición pueden generar disconfort en los pacientes. De esta manera, demostrando la buena correlación con las muestras obtenidas de CVC, se permite una estrecha monitorización sin las molestias propias de la punción venosa. Además, estos pacientes con frecuencia presentan dificultades para la obtención de muestras venosas, ya que en ocasiones presentan edemas en extremidades y tienen lesiones venosas por punciones de repetición, por lo que la obtención de muestras de catéter supone una facilidad para el personal de enfermería, acortando además tiempo en el procedimiento de extracción.

Hay que tener en cuenta que la excesiva manipulación de los catéteres centrales pudiera tener también riesgos asociados como la bacteriemia/candidemia, especialmente en este tipo de pacientes inmunosuprimidos y con largas estancias hospitalarias. Sin embargo, ninguno de nuestros pacientes tuvo bacteriemia/candidemia durante el periodo de estudio. Otro potencial problema pudiera ser la obstrucción del catéter, que puede dificultar o imposibilitar la obtención de muestras. Un adecuado mantenimiento de los CVC permite por tanto minimizar el riesgo tanto de complicaciones infecciosas como de obstrucción. Aunque por cada extracción se desechan 10 ml de sangre, este escaso volumen no tiene ninguna trascendencia clínica a pesar de muestras de repetición.

A pesar de que el TP es un tratamiento bien establecido desde hace más de 20 años, existe poca evidencia científica sobre la monitorización de niveles de tacrolimus mediante extracción de muestras de CVC. Estos estudios son antiguos, empleando catéteres centrales con materiales diferentes a los actuales, con una alta representatividad de trasplantes pediátricos, sin apenas estudios en TP, y en los que con frecuencia se había administrado el anticalcineurínico por vía endovenosa.

Aunque estos resultados son relevantes y el diseño prospectivo del estudio permite obtener algunas conclusiones firmes, no está exento de algunas limitaciones: por un lado, tiene una amplia representación de pacientes ingresados por el procedimiento del trasplante; por otro lado, ningún paciente se encontraba con sueroterapia en el momento de la extracción; existe un bajo porcentaje de pacientes con fármacos que tradicionalmente generan interacción con anticalcineurínicos; no se han incluido catéteres centrales de un material diferente al poliuretano.

En conclusión, podemos afirmar que existe una excelente correlación entre los niveles de tacrolimus obtenidos de venopunción y los obtenidos de CVC en pacientes sometidos a TP en tratamiento con tacrolimus oral.

Palabras clave: Trasplante pulmonar; tacrolimus; catéter venoso central.

Bibliografía:

¹ - Diego-Fernández, V., García-Saiz, M. D. M., Llorente-Cantalapiedra, A., Arquero-González, J. A., Bermúdez-García, M. V., Catalán-Ramírez, M. M., Cornejo-Callejo, P., Nuria de Pedro-Simón, M., Díez-Pérez, M. J., Gandarillas-Ruiz, P., Hernández-González, F., Herranz-Arenillas, P., Laso-Boada, M. J., Medina-Gonzalo, G., Rodríguez-López, A., Ruiz-Antolín, M., Álamo-Ibañez, M., Cos-Cossio, M. L. Á., Lavín-Alconero, L., & Mora-Cuesta, V. M. (2024). Correlation Between Tacrolimus Levels in Blood Samples Obtained from Central Catheter and Peripheral Venipuncture in Lung Transplant Patients (Ven-Cat Study). Therapeutic drug monitoring, 10.1097/FTD.0000000000001232. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/FTD.0000000000001232>

Otros aspectos:

Uniando fuerzas: El papel de las entidades en los cuidados de personas afectadas de una enfermedad rara de Catalunya.

ID Comunicación: 236

Tipo de comunicación: Oral

Calmaestra Carrillo, E.; Codern-Bové, N.; ARBIOL RODRÍGUEZ, I.; CARDONA CARDONA, A.; VERNET BELLET, R.

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades raras (ER) son un grupo de patologías de poca prevalencia y en su mayoría incurables que afectan a menos de 5 de cada 10.000 habitantes. Existen más de 7.000 tipos de ER, con un alto porcentaje que se detectan en la infancia y tienen origen genético (1). Vivir con una ER impacta en la vida diaria de la persona afectada y su familia y las organizaciones de pacientes juegan un papel fundamental en su apoyo. Las acciones de estas organizaciones se enfocan en dar apoyo y acompañar a la persona afectada y su familia, proveer de servicios y recursos; buscar financiación para la investigación; divulgar el conocimiento científico de la ER; realizar formación para profesionales y defensa de políticas públicas (2,3).

En la actualidad, las organizaciones desarrollan una variedad de actividades y programas, afrontando barreras y dificultades que varían según el tipo de ER (rara o ultra rara), el número de socios y otros factores (4). Dada la heterogeneidad de organizaciones y sus funciones, es preciso profundizar en el análisis de las actividades que realizan, las barreras que enfrentan y los retos que afrontan. Este conocimiento es necesario y útil para las enfermeras, que debe reconocerlas como un activo valioso para la sociedad y facilitar su inclusión en la prescripción social.

OBJETIVOS:

- Analizar las entidades y/u organizaciones de ER en Catalunya.
- Explorar las necesidades, expectativas y desafíos de las personas que forman parte de las entidades en relación con los ejes estratégicos.

MÉTODOS:

Estudio cualitativo fenomenológico realizado el mes de marzo del 2022 con las organizaciones para personas afectadas de enfermedades raras. Se realizó un muestreo teórico e intencional en el cual se incluyó a representantes de organizaciones que cumplieran con los criterios de ser voz experta y tener al menos un año de experiencia en la organización. Dichos criterios fueron determinados por el equipo investigador, quien posteriormente se encargó de reclutar a los participantes a través de email corporativo y llamadas telefónicas.

La recogida de información se realizó mediante la técnica del grupo focal. Se realizaron tres grupos focales, siendo un total de 28 participantes. La duración de la sesión fue de 1h y 30 minutos aproximadamente. Los grupos focales se realizaron de manera telemática.

Las sesiones fueron grabadas en video y transcritas textualmente para su posterior análisis. Para mantener la confidencialidad de los participantes se modificaron sus nombres, asignándoles un pseudónimo. Con el objetivo de facilitar el debate, se plantearon las preguntas de un guion previamente establecido y consensuado por expertos externos, con los temas a explorar. El guion respondía a tres bloques temáticos: a) historia de la organización, b) funciones y programas que realiza y c) aspectos que facilitan o dificultan el desarrollo de esta. Todos los grupos fueron moderados por una investigadora y otra persona que ejercía el rol de observadora.

Se realizó análisis de contenido temático de los GF utilizando Atlas-ti 8, guiado por el método de fase de Braun y Clarke (5). El estudio recibió aprobación del Comité Ético, IDIAPJGol (21/194-P).

RESULTADOS:

Los resultados se agrupan en tres niveles: micro, meso y macro. El nivel micro se agrupan resultados vinculados a las personas y a las familias. El nivel meso hace referencia a un nivel que abarca tanto a los profesionales como a instituciones y acciones dirigidas a la sociedad. El nivel macro involucra políticas públicas.

Funciones y acciones que realizan las organizaciones de ER

Los resultados destacan la amplia variedad de funciones y acciones que estas entidades desempeñan, influyendo de manera directa en la vida de los afectados y sus familias. Cabe destacar, que, dada la prevalencia de las ER, el paciente y las familias tienen un papel activo en las organizaciones de personas afectadas de enfermedades raras (OPER), siendo los primeros y últimos responsables de la gestión de estas.

A nivel micro, las funciones de las OPER se centran en dar apoyo directo a los afectados y sus familiares. Ofrecen un apoyo

integral incluyendo aspectos como el empoderamiento, y el acompañamiento emocional. Proporcionan servicios esenciales como acceso a psicólogos, logopedas y trabajadores sociales, así como ayudas mecánicas (camas especiales, sillas de ruedas, etc.). Además, ayudan a gestionar ayudas económicas ya que la ER, que tiene un impacto directo en la estabilidad económica y laboral de los afectados.

A nivel meso, las OPER trabajan para dar visibilidad a la ER a través de campañas solidarias, no solo para recaudar fondos, sino también para concienciar a la sociedad sobre las dificultades que implica vivir con una ER. Utilizan herramientas como las redes sociales, charlas en escuelas y centros de salud. También fomentan la colaboración entre los especialistas para mejorar la comunicación entre ellos. Por otro lado, los responsables de las OPER realizan acciones formativas a profesores y personal sanitario para ayudar a manejar mejor las complejidades que implican las ER. Además, divulgan el conocimiento científico organizando congresos, a la vez que buscan financiación para nuevos estudios.

A nivel macro, las OPER se involucran en el diseño de políticas sanitarias, lo que les permite influir en decisiones que afectan directamente a las personas con ER. Participan en redes de colaboración con otras asociaciones, tanto nacionales como internacionales, lo que fortalece su visibilidad y capacidad para la defensa de los derechos de los afectados.

Obstáculos y desafíos que enfrentan las entidades

Las OPER se enfrentan a una serie de obstáculos que limitan o pueden limitar su capacidad para realizar sus funciones detalladas anteriormente.

Desde el punto de vista micro, la falta de compromiso activo de algunos miembros es un problema recurrente, debilitando el trabajo colectivo y afectando la capacidad de las entidades para desarrollar proyectos a largo plazo. Esto se agrava en el caso de las entidades ultra raras, que al tener una prevalencia tan baja (<1 caso por 50.000 habitantes), los pacientes y familiares tienen dificultades para gestionar sus tareas, reduciendo su visibilidad y oportunidades de captar recursos.

A nivel meso, los participantes del estudio manifiestan problemas de colaboración entre las asociaciones. Muchas trabajan de manera aislada, limitando la creación de sinergias y dificultando la implementación de acciones y programas. Los centros de referencia especializados no siempre colaboran con las OPER y repercuten en el acceso a conocimientos científicos. Algunas OPER pequeñas no están profesionalizadas, agravando su vulnerabilidad, ya que dependen únicamente del voluntariado, carecen de planes estratégicos y no logran establecer redes de apoyo. Además, cuando una persona recibe el diagnóstico de ER, no siempre existe una prescripción social a las entidades, por lo que a menudo las encuentran tarde, a través de redes sociales.

A nivel macro, las OPER enfrentan obstáculos financieros y burocráticos. Las políticas de subvenciones suelen ser insuficientes, y la burocracia para acceder a estos recursos es complicada y prolongada. Muchas organizaciones dependen de donaciones privadas o campañas de recaudación, lo que genera una gran inestabilidad financiera.

A pesar de las dificultades y barreras mencionada, existen factores que inciden positivamente en el funcionamiento de las OPER. En primer lugar, la alta motivación de los asociados es un elemento clave, especialmente en las entidades más pequeñas, donde las personas afectadas y sus familias se involucran de manera activa. También, la existencia de centros de referencia especializados es un punto clave, ya que proporcionan conocimiento médico avanzado y facilitan la creación de redes entre profesionales, investigadores y las OPER. Otro aspecto positivo es la profesionalización de algunas entidades, que cuentan con personal especializado en la gestión y comunicación, lo que mejora su capacidad para captar recursos y tener un mayor impacto en la sociedad.

Retos futuros

Las OPER deben enfrentar varios retos importantes para seguir mejorando la calidad de vida de los afectados, entre estos nos encontramos con el hecho de deber asegurar los derechos sociales a lo largo del ciclo vital, es decir, garantizar atención médica especializada en todos los ámbitos de la vida de los afectados (escuela, trabajo, domicilio) y asegurar el acceso a servicios adecuados durante la cronicidad y el final de la vida. Otro reto sería el hecho de crear departamentos genéticos, es decir, desarrollar áreas especializadas en genética para facilitar diagnósticos tempranos y más precisos, y promover la investigación genética. También sería importante establecer programas de cribado genético, especialmente neonatales, que permitan la detección temprana de las ER y garanticen un acceso equitativo a estos programas. Finalmente, no podemos olvidar promover políticas efectivas sobre dependencia y discapacidad. Debemos asegurar que las políticas públicas reconozcan las necesidades específicas de las personas afectadas por ER, ofreciendo un apoyo adecuado y un reconocimiento justo de sus discapacidades.

En resumen, las asociaciones de ER desempeñan un papel fundamental en mejorar la vida de los afectados, pero enfrentan desafíos significativos que deben ser abordados para garantizar un apoyo integral y equitativo para todas las personas con enfermedades raras.

DISCUSION:

Las OPER son clave en el cuidado social de la persona afectada de ER y su familia. Estas cubren las necesidades y servicios cuando los recursos del sistema son insuficientes. Existe relación entre tener una enfermedad de baja prevalencia y tener un rol activo como enfermo para conseguir cuidados más allá de los que proporción el sistema sanitario y social. Desde este contexto, diversos estudios apuntan que las organizaciones necesitan realizar formaciones para conseguir el empoderamiento de los asociados, ya que son los que tendrán que organizar y planificar los diferentes programas y realizar

la abogacía de los derechos de las personas enfermas (6,7).

Además, el estudio da visibilidad al rol que tienen las OPER en la investigación y en la difusión de las ER. A través de ellas, se visibiliza que son las ER y que significa vivir con ellas, también organizan congresos de profesionales sanitarios, buscan financiación para realizar ensayos clínicos y a la vez también reclutan a los participantes de estos. Diversos estudios apuntan a que situación no sucede cuando se trata de enfermedades crónicas con mayor prevalencia, pues la financiación de la investigación y la difusión de los conocimientos científicos es responsabilidad de las empresas farmacéuticas y de las consejerías y ministerios de salud (8,9)

En conclusión, las entidades de ER desempeñan un papel importante en mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, pero se enfrentan desafíos importantes que deben ser abordados para garantizar un apoyo integral y equitativo para todas las personas afectadas de ER (10).

Palabras clave: Organizaciones de personas afectadas, Enfermedades Raras, Cuidado social, Investigación cualitativa

Bibliografía:

- ¹ Kole A, Hedley V, et al. Recommendations from the Rare 2030 Foresight Study: The future of rare diseases starts today. 2021.
- ² Ellinwood NM. Newborn screening and the recommended uniform screening panel: Optimal submissions and suggested improvements based on an advocacy organization's decade-long experience. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* junio de 2022;190(2):156-61.
- ³ Raskin J, Pasquini TLS, Bose S, Tallis D, Schmitt J. Congenital Hyperinsulinism International: A Community Focused on Improving the Lives of People Living With Congenital Hyperinsulinism. *Front Endocrinol.* 2022;13:886552.
- ⁴ Nguyen CQ, Kariyawasam D, Alba-Concepcion K, Grattan S, Hetherington K, Wakefield CE, et al. «Advocacy groups are the connectors»: Experiences and contributions of rare disease patient organization leaders in advanced neurotherapeutics. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* diciembre de 2022;25(6):3175-91.
- ⁵ Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 1 de enero de 2006;3(2):77-101.
- ⁶ Phillips K. Alone We Are Rare, Together We Are Strong: A Review of the National Organization for Rare Disorders (NORD®). *J Consum Health Internet.* 2 de octubre de 2022;26(4):444-51.
- ⁷ Wilson BT, Hughes J. Joining the hidden revolution in rare diseases: Working with family support groups. *Arch Dis Child.* 1 de febrero de 2020;105(2):107-8.
- ⁸ Moore M, Yeske P, Parikh S. Navigating Life With Primary Mitochondrial Myopathies: The Importance of the Patient Voice and Implications for Clinical Practice. *J Prim Care Community Health.* 2023;14:21501319231193875.
- ⁹ Patterson AM, O'Boyle M, VanNoy GE, Dies KA. Emerging roles and opportunities for rare disease patient advocacy groups. *Ther Adv Rare Dis.* 2023;4:26330040231164425.
- ¹⁰ Bolz-Johnson M, Kenny T, Le Cam Y, Hernando I. Our greatest untapped resource: our patients. *J Community Genet.* 2021;12(2):241-6.

Otros aspectos:

INFLUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA A LOS ENFERMEROS DE URGENCIAS PARA DISMINUIR LA TASA DE CONTAMINACIÓN DE HEMOCULTIVOS

ID Comunicación: 379

Tipo de comunicación: Oral

FERNÁNDEZ ARAQUE, P.; DEL CASTILLO NOVO, S.; CANTELI DIEZ, A.; ZÚÑIGA BLANCO, L.; GONZÁLEZ CASTAÑO, M.; GRASA MERINO, M. R.; MARTÍN MONJAS, S.; PRIETO CARBALLO, R.; ALDONZA VALDERREY, M. C.

TÍTULO

Influencia de una intervención formativa a los enfermeros de urgencias para disminuir la tasa de contaminación de hemocultivos (TCH)

AUTORÍA

- Paula Fernández Araque. Supervisora Cuidados HURH
- Sonia del Castillo Novo. Supervisora Cuidados HURH. ORCID 009-002-2453-0260
- Alba Canteli Diex. Enfermera Unidad Investigación HURH. ORCID 0000-0001-6001-2167
- Lucía Zuñiga Blanco. Subdirectora Cuidados HURH
- Mario González Castaño. Enfermero Servicio de Urgencias.
- M. Rosario Grasa Merino. Enfermero Servicio de Urgencias.
- Sofia Martín Monjas. Directora de Enfermería HURH.
- Regina Prieto Carballo. JUE Servicio de Urgencias.
- Carmen Aldonza Valderrey JUE Innovación y Desarrollo HURH
- Narcisa Mateos Matilla. Subdirectora de Recursos Humanos.

PALABRAS CLAVE

Bacteriemia, recolección muestras sanguíneas, microbiología, servicios médicos urgencias.

OBJETIVOS

- Objetivo general.

Evaluar la efectividad de una intervención formativa para reducir la tasa de contaminación de hemocultivos, dirigida a los profesionales de enfermería del servicio de urgencias.

- Objetivos específicos.

-Diseñar y validar un cuestionario ad-hoc para medir los conocimientos sobre la técnica correcta en la extracción de hemocultivos.

-Evaluar los conocimientos pre y post intervención formativa.

-Conocer la tasa de contaminación de hemocultivos pre y post intervención formativa.

MÉTODO

Se realiza un estudio cuasiexperimental prospectivo con un solo grupo de intervención, de tipo pre y post test tras la realización de una intervención formativa llevada a cabo en un hospital de tercer nivel.

La población diana son los enfermeros del Servicio de Urgencias del HURH que cuenta con una plantilla de 65 enfermeros (N=65). Se realizó una técnica de muestreo por conveniencia entre aquellos profesionales que asistieron a la jornada formativa impartida desde el Servicio de Urgencias convocada por la jefa de unidad de enfermería.

Criterios de inclusión:

Para poder formar parte del estudio los sujetos deberán cumplir los siguientes requisitos:

-Pertener al servicio de urgencias durante todo el período de estudio.

-Aceptar de forma voluntaria la participación en el estudio previa información verbal y escrita del objetivo de estudio a través del formulario Microsoft Forms®.

Las variables a estudio fueron:

Variables independientes

Variables sociodemográficas: sexo, edad, años de experiencia y situación laboral.

Variables dependientes

- Tasa de contaminación de hemocultivos obtenida a través del Servicio de Microbiología.
- Variables del cuestionario: higiene de manos, desinfección de la piel y tiempo de secado, uso de guantes estériles, uso de mascarilla quirúrgica, desinfección de los tapones de frascos de hemocultivos, palpación de la zona tras desinfección, cambio de aguja, conservación de la muestra, orden y volumen de llenado de los frascos.

El estudio se desarrolló en las siguientes fases:

Fase 1: Diseño y validación de cuestionario ad hoc

Para recoger los datos referentes a las variables de estudio, se diseñó un cuestionario ad-hoc basado en la bibliografía encontrada con 12 ítems, recogiendo variables sociodemográficas y los conocimientos de los profesionales respecto a las recomendaciones en la técnica adecuada en la extracción de hemocultivos. Dependiendo del tipo de pregunta, se han empleado escalas nominales, ordinales o dicotómicas.

Se validó el contenido de la herramienta mediante panel de expertos, empleando el coeficiente V de Aiken para la validación de cada ítem, se asumió un valor medio de coeficiente V Aiken de cada ítem de ≥ 0.8 para ser considerado como válido. A parte del contenido de los ítems se valoró también comprensión del texto y factibilidad para su resolución en el medio. El perfil de expertos seleccionados fueron 8 profesionales de diferentes categorías profesionales con conocimientos avanzados en preventiva, accesos vasculares, JUE urgencias, presidente Comisión EBE, presidenta Comisión Protocolos y Procedimientos del hospital HURH entre otros. El panel tuvo una duración de 7 días. Se empleó un cuestionario Microsoft Forms® para la distribución de los ítems a valorar.

Fase 2: Intervención formativa.

La intervención formativa se llevó a cabo en el Servicio de Urgencias durante los meses de marzo y abril. Los participantes fueron distribuidos en grupos reducidos y acudieron a una sesión formativa. Se realizaron un total de 8 sesiones con una duración de 45 minutos cada sesión, para formar a la totalidad de la muestra pudiéndose realizar presencialmente o a través de la aplicación Microsoft Teams®.

Al inicio de la intervención, se distribuyó el cuestionario ad-hoc elaborado entre la muestra principal de sujetos, como análisis basal previo a llevar a cabo la intervención formativa sobre la muestra. Se empleó la plataforma Microsoft Forms®, a través de un código QR que direccionaba a la plataforma para su cumplimentación. En el encabezado del cuestionario se describía la información al participante del objetivo del estudio, así como el tratamiento anónimo y confidencialidad de los datos, datos del investigador principal y revocación. Los sujetos que deseaban participar eran todos los enfermeros adscritos al servicio de urgencias. El consentimiento se obtuvo haciendo clic en la primera pregunta de carácter obligatorio donde explícitamente aceptaban su participación en el estudio.

Cada grupo reducido acudió a una sola sesión formativa. En ella se realizó una exposición del contenido del nuevo protocolo para la extracción de hemocultivos actualizado por un grupo de trabajo y validado por la Comisión de Cuidados del hospital. Se expusieron las recomendaciones para la práctica clínica y correcta realización de la técnica, extraídas de la bibliografía consultada. Se presentó también una infografía elaborada con estas recomendaciones. Al inicio de la contratación estival se realizaron dos nuevas sesiones para reforzar los conocimientos en el personal de nueva incorporación. Se tuvo un registro del control de asistencia de todas las sesiones formativa, aunque el cumplimiento de la encuesta fue anónimo.

Fase 3: Medición post intervención sobre la muestra.

Al mes de la intervención formativa se volvió a distribuir entre los profesionales de urgencias el cuestionario ad-hoc. En el formulario de respuesta post había una pregunta para valorar si el encuestado recibió de forma previa la formación y realizó el cuestionario pre-formación para conseguir una muestra lo más homogénea.

Para describir los cambios en la tasa de contaminación de hemocultivos (TCH), se registró la tasa de contaminación de hemocultivos antes de la intervención formativa, al mes de la intervención formativa, con los datos proporcionados por el servicio de microbiología.

Fase 4: Análisis de los resultados

Las respuestas del cuestionario se introdujeron en una base de datos Excel a través de un formulario Microsoft Forms®. Después se codificaron para su análisis estadístico en el programa SPSS 29, y EPIDAT. Las variables cuantitativas se presentaron con la media y la desviación típica, o con la mediana y la amplitud Inter cuantil. Las variables cualitativas se presentaron según su distribución de frecuencias absolutas y relativas. Las asociaciones de variables cualitativas se analizaron mediante el test chi-cuadrado de Pearson y para el análisis bivariante se empleó el estadístico t student o ANOVA. Para el contraste de hipótesis entre el pre y post se realizó un análisis de t de student con muestras independientes. Los valores de $p \leq 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

RESULTADOS

El 100% los ítems del cuestionario ad hoc fueron validados su contenido por los expertos, la media obtenida de coeficiente v de Aiken fue superior 0.8 en todos los ítems siendo la media global de 0,94.

El 80% de los enfermeros del servicio participaron en la intervención. El tiempo medio de experiencia en el servicio de la muestra fue de 5 años, siendo en su mayoría profesionales con <10 años de experiencia laboral.

Se observaron las siguientes diferencias significativas entre los conocimientos en la realización de la técnica y práctica clínica en la etapa pre y post :

Se produjo un aumento del uso de guantes estériles de la etapa pre (42,60%) a la post (90,3%), siendo esta diferencia significativa ($p < 0,001$). Se aumentó la desinfección de los tapones de los frascos (57,4%) de forma previa a la intervención a forma posterior (93,4%) con un $p=0,002$. Se aumentó el cambio de zona anatómica durante la técnica pasando de un 77,8% de realización en etapa pre a un 100% en la etapa post ($P=0,002$). Se obtuvo una mejora significativa del nivel de conocimientos pre y post sobre: temperatura de conservación ($p < 0,001$), protocolo de extracción de hemocultivos del hospital ($p < 0,001$), tiempo de secado de la clorhexidina alcohólica 2% ($p=0,003$), volumen necesario de llenado de los frascos de hemocultivos ($p < 0,001$).

La tasa de contaminación de hemocultivos se redujo en 6 puntos, pre-intervención era de un 12,24% y en la etapa post fue de 6,44% siendo esta diferencia significativa $p < 0,001$.

DISCUSIÓN

Los resultados esperados eran aumentar los conocimientos a los enfermeros del servicio de urgencias y disminuir la tasa de contaminación de hemocultivos. Tras analizar los datos se observaron cambios significativos en conceptos teóricos referentes a la extracción y al manejo de la muestra que en guías de práctica clínica poseen evidencia fuerte, por lo que la intervención en estos puntos es clave, demostrando ser eficaz para reducir la TCH.

Es necesario seguir realizando sesiones formativas al personal de nueva incorporación, así como monitorizar TCH a los 3 y 4 meses para medir la adquisición de conocimientos y traslación a la práctica clínica por lo tanto nuestra hipótesis "El aumento de conocimientos entre el personal de enfermería mejora la ejecución del procedimiento de extracción de hemocultivos, reduciendo así su tasa de contaminación" es cierta.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rodríguez Díaz JC, Guna Serrano R, Larrosa Escartín N, Marín Arriaza M. Diagnóstico microbiológico de la bacteriemia y la fungemia: hemocultivos y métodos moleculares. 2017. 62. Rodríguez Díaz JC (coordinador). Procedimientos en Microbiología Clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2017.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica Enfermera sobre Hemocultivos. Guía de Práctica Clínica Enfermera sobre Hemocultivos. Instituto Español de Investigación Enfermera; 2020. Guías de Práctica Clínica Enfermera en el Instituto Español de Investigación Enfermera: Madrid n.º 2020/01

3. Doern G v., Carroll KC, Diekema DJ, Garey KW, Rupp ME, Weinstein MP, et al. A comprehensive update on the problem of blood culture contamination and a discussion of methods for addressing the problem. *Clinical Microbiology Reviews*. 2020 Jan 1;33(1).
4. Skoglund E, Dempsey CJ, Chen H, Garey KW. Estimated clinical and economic impact through use of a novel blood collection device to reduce blood culture contamination in the emergency department: a cost-benefit analysis. *J Clin Microbiol*. 2019. 57:e01015-18. <https://doi.org/10.1128/JCM.01015-18>.
5. Ramirez Galleymore P, Gordón Sahuquillo M. Antisepsis for blood culture extraction. Blood culture contamination rate. *Medicina Intensiva*. 2019. 1;43:31-4.
6. Marcelino C, Shepard J. A Quality Improvement Initiative on Reducing Blood Culture Contamination in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*. 2023. 1;49(2):162- 71.
7. Halstead D, Sautter R, Snyder J, Crist A, Nachamkin I. Reducing Blood Culture Contamination Rates Experiences of Four Hospital Systems. *Infect Dis Ther*. 2020; 9:389-401.
8. Zaragoza-García I, Pérez-García S, Orellana-Miguel M de LÁ, Posé-Becerra C, Goñi- Olangua MA. Efectividad de un programa de formación online en una unidad de enfermería: extracción de hemocultivos. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 2019;53:e03531.
9. Rodríguez-Rodríguez J, Reguant-Álvarez M. Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *REIRE Revista d Innovació i Recerca en Educació*. 2020 Jul 1;13(2).

OTROS ASPECTOS DEL TRABAJO

ASPECTOS ÉTICOS.

El estudio obtuvo la aprobación del CEIM de la Áreas de Salud de Valladolid (PI-24-244-H)

Para la realización del estudio se contó con la conformidad de la directora de Enfermería del HURH y del jefe médico del Servicio de Urgencias.

La participación de los sujetos fue completamente voluntaria y no recibieron contraprestación económica por participar. En el cabecero del cuestionario ad-hoc se explicó el objetivo del estudio y se comunicó el anonimato de los datos recogidos. Al cumplimentar el cuestionario se dio el consentimiento a participar en el estudio y a la difusión de los resultados manteniendo el anonimato en todo momento. El investigador se comprometió a mantener la confidencialidad de los datos y declaró respetar las normas en materia de bioética contenidas en la declaración de Helsinki de 2013 (De Helsinki, 2013) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Los autores no tienen conflicto de intereses y no se ha utilizado IA ni tecnologías asistidas por IA para el proceso de redacción.

Palabras clave: Bacteriemia, recolección muestras sanguíneas, microbiología, servicios médicos urgencias.

Bibliografía:

- ¹ Rodríguez Díaz JC, Guna Serrano R, Larrosa Escartín N, Marín Arriaza M. Diagnóstico microbiológico de la bacteriemia y la fungemia: hemocultivos y métodos moleculares. 2017. 62. Rodríguez Díaz JC (coordinador). *Procedimientos en Microbiología Clínica*. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2017.
- ² Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica Enfermera sobre Hemocultivos. *Guía de Práctica Clínica Enfermera sobre Hemocultivos*. Instituto Español de Investigación Enfermera; 2020. Guías de Práctica Clínica Enfermera en el Instituto Español de Investigación Enfermera: Madrid n.º 2020/01

- ³ Doern G v., Carroll KC, Diekema DJ, Garey KW, Rupp ME, Weinstein MP, et al. A comprehensive update on the problem of blood culture contamination and a discussion of methods for addressing the problem. *Clinical Microbiology Reviews*. 2020 Jan 1;33(1).
- ⁴ Sociedad Española de Medicina Intensiva C y UC. Indicadores de calidad del enfermo crítico : actualización 2017. SEMICYUC; 2017.
- ⁵ Skoglund E, Dempsey CJ, Chen H, Garey KW. Estimated clinical and economic impact through use of a novel blood collection device to reduce blood culture contamination in the emergency department: a cost-benefit analysis. *J Clin Microbiol*. 2019. 57:e01015-18. <https://doi.org/10.1128/JCM.01015-18>.
- ⁶ Zimmerman FS, Karamah H, Ben-Chetrit E, Zalut T, Assous M, Levin PD. Modification of blood test draw order to reduce blood culture contamination: A randomized clinical trial. *Clinical Infectious Diseases*. 2020 Sep 1;71(5):1215–20.
- ⁷ Ramirez Galleymore P, Gordón Sahuquillo M. Antisepsis for blood culture extraction. Blood culture contamination rate. *Medicina Intensiva*. 2019. 1;43:31–4.
- ⁸ Al-Hamad A, Al-Ibrahim M, Alhajhouj E, Al-Alshaikh Jaffer W, Altowaileb J, Alfaraj H. Nurses' competency in drawing blood cultures and educational intervention to reduce the contamination rate. *Journal of Infection and Public Health*. 2016 1;9(1):66–74.
- ⁹ Sánchez-Sánchez MM, Arias-Rivera S, Fraile-Gamo P, Jareño-Collado R, López-Román S, Vadillo-Obesso P, et al. Effect of a training programme on blood culture contamination rate in critical care. *Enfermería Intensiva*. 2018. 1;29(3):121–7.
- ¹⁰ Marcelino C, Shepard J. A Quality Improvement Initiative on Reducing Blood Culture Contamination in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*. 2023. 1;49(2):162–71.
- ¹¹ Halstead D, Sautter R, Snyder J, Crist A, Nachamkin I. Reducing Blood Culture Contamination Rates Experiences of Four Hospital Systems. *Infect Dis Ther*. 2020; 9:389–401.
- ¹² Self WH, Mickanin J, Grijalva CG, Grant FH, Henderson MC, Corley G, et al. Reducing blood culture contamination in community hospital emergency departments: A multicenter evaluation of a quality improvement intervention. *Academic Emergency Medicine*. 2014;21(3):274–82.
- ¹³ Zaragoza-García I, Pérez-García S, Orellana-Miguel M de LÁ, Posé-Becerra C, Goñi-Olangua MA. Efectividad de un programa de formación online en una unidad de enfermería: extracción de hemocultivos. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 2019;53:e03531.
- ¹⁴ Enrique C, Reyes G, Liñan LT. Aplicación del Método Delphi Modificado para la Validación de un Cuestionario de Incorporación de las TIC en la Práctica Docente Application of the Modified Delphi Method for the Validation of a Questionnaire on the Incorporation of ICT in Teaching Practice. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa* . 2018; 11(1):113–35. Available from: www.rinace.net/riee/https://revistas.uam.es/riee
- ¹⁵ Robles Pastor BF. Índice de validez, coeficiente de Aiken. *Pueblo continente*. 2018;29(1):193–7.
- ¹⁶ Rodríguez-Rodríguez J, Reguant-Álvarez M. Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *REIRE Revista d Innovació i Recerca en Educació*. 2020 Jul 1;13(2).

Otros aspectos:

Comunicaciones orales: Salud y género / Oral communications: Gender and health

Dismenorrea y calidad de vida en Jóvenes Universitarias.

ID Comunicación: 297
Tipo de comunicación: Oral

Franco Antonio, C.; Santano Mogen, E.; Cordovilla Guardia, S.; Fernández Olivero, S.

Título: Dismenorrea y calidad de vida en Jóvenes Universitarias.

Autoría:

Cristina Franco–Antonio. Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura. Grupo de Investigación en Salud y Cuidados (GISyC). <https://orcid.org/0000-0001-8427-2836>

Esperanza Santano–Mogena. Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura. Grupo de Investigación en Salud y Cuidados (GISyC). <https://orcid.org/0000-0002-0460-2581>

Sergio Cordovilla–Guardia. Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura. Grupo de Investigación en Salud y Cuidados (GISyC). <https://orcid.org/0000-0001-7651-5017>

Sandra Fernández–Olivero. Graduada en Enfermería

Palabras clave: Dismenorrea; Calidad de vida; Hábitos

Objetivo: Estimar la prevalencia de dismenorrea y en nivel de calidad de vida asociada a la menstruación en jóvenes de una universidad española. Analizar la asociación entre ellos y factores modificables como sobrepeso, dieta, actividad física y consumo de sustancias.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de corte transversal entre los meses de enero a marzo de 2024. Las variables recogidas fueron: variables sociodemográficas, presencia de dolor menstrual, calidad de vida relacionada con la menstruación media a través de cuestionario CMV–22 desarrollado en castellano y validado, adherencia a la dieta mediterránea (cuestionario MEDAS–14) y nivel de actividad física (cuestionario IPAQ) y consumo de sustancias (cuestionario ASSIST 3.0).

Resultados: Se obtuvo la participación de 93 alumnas. Con una edad media de 22.61 años (DE 1.64). La edad media de menarquia fue a los 12.2 años (De 1.79). El 83.3% tenía un patrón menstrual regular con ciclo entre los 24–38 días, y el 60.4% tenían una duración de la menstruación entre 5 y 8 días. El 63.4% presentaba dolor moderado o intenso durante la menstruación. Un 36.6% necesita tomar analgésico en cada ciclo. La puntuación media del CMV–22 fue de 25.21 (DE 11.72). No se encontraron diferencias en la prevalencia de la dismenorrea o puntuación del CMV–22 en relación con la dieta, actividad física, consumos o presencia de obesidad/sobrepeso. Las mujeres con dismenorrea obtuvieron peores puntuaciones en la CMV–22 (dif. de medias 6.5 puntos, IC 95%: 1.65 – 11.36, p=0.009).

Discusión: La prevalencia de dismenorrea en este estudio es similar a la de estudios previos, a pesar de ello el nivel medio de calidad de vida asociada a la menstruación es moderado entre las participantes con una puntuación de 25.21 sobre 66 (que es la peor calidad de vida). Aunque en este estudio los hábitos de salud analizados no se asocian a estos dos factores, otros estudios sí lo hacen, esto puede deberse al pequeño tamaño muestral de este estudio exploratorio. Seguir indagando sobre cómo los hábitos de vida modificables pueden influir en el dolor menstrual, con su elevada prevalencia, es imprescindible para mejorar la calidad de vida de las mujeres durante toda su etapa reproductiva.

Referencias Bibliográficas

Czajkowska, M., Drosdzol-Cop, A., Gałazka, I., Naworska, B., & Skrzypulec-Plinta, V. (2015). Menstrual Cycle and the Prevalence of Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder in Adolescent Athletes. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(6), 492-498. <https://doi.org/10.1016/j.jpjag.2015.02.113>

De Sanctis, V., Soliman, A. T., Elsedfy, H., Soliman, N. A., Soliman, R., & El Kholy, M. (2016). Dysmenorrhea in adolescent and young adults: a review in different country. *Acta Bio-Medica : Atenei Parmensis*, 87(3), 233-246.

Fernández-Martínez, E., Onieva-Zafra, M. D., & Laura Parra-Fernández, M. (2018). Lifestyle and prevalence of dysmenorrhea among Spanish female university students. *PLoS ONE*, 13(8), e0201894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201894>

Kannan, P., Chapple, C. M., Miller, D., Claydon, L. S., & Baxter, G. D. (2015). Menstrual pain and quality of life in women with primary dysmenorrhea: Rationale, design, and interventions of a randomized controlled trial of effects of a treadmill-based exercise intervention. *Contemporary Clinical Trials*, 42, 81-89. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.03.010>

Liguori, F., Saraiello, E., & Calella, P. (2023). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder's Impact on Quality of Life, and the Role of Physical Activity. *Medicina (Lithuania)*, 59(11). <https://doi.org/10.3390/medicina59112044>

OMS. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en Atención Primaria. In Oms.

Román Viñas, B., Ribas Barba, L., Ngo, J., & Serra Majem, L. (2013). Validación en población catalana del cuestionario internacional de actividad física. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 254-257. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.013>

Schröder, H., Fitó, M., Estruch, R., Martínez-González, M. A., Corella, D., Salas-Salvadó, J., Lamuela-Raventós, R., Ros, E., Salaverria, I., Fiol, M., Lapetra, J., Vinyoles, E., Gómez-Gracia, E., Lahoz, C., Serra-Majem, L., Pintó, X., Ruiz-Gutierrez, V., & Covas, M. I. (2011). A Short screener is valid for assessing mediterranean diet adherence among older spanish men and women. *Journal of Nutrition*, 141(6), 1140-1145. <https://doi.org/10.3945/jn.110.135566>

Torres-Pascual, C., Torrell-Vallespín, S., Mateos-Pedreño, E., & García-Serra, J. (2019). Desarrollo y validación del cuestionario específico de calidad de vida relacionada con la menstruación CVM-22. *Development and Validation of the Specific Quality of Life Questionnaire Related to Menstruation CVM-22.*, 45(1), 48-59.

Estudio aprobado por la Comisión de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura (40/2024)

Los autores declaramos que no tenemos ningún conflicto de interés.

Palabras clave: Dismenorrea, calidad de vida, hábitos

Bibliografía:

¹ Czajkowska, M., Drosdzol-Cop, A., Gałazka, I., Naworska, B., & Skrzypulec-Plinta, V. (2015). Menstrual Cycle and the Prevalence of Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder in Adolescent Athletes. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(6), 492-498. <https://doi.org/10.1016/j.jpjag.2015.02.113>

² De Sanctis, V., Soliman, A. T., Elsedfy, H., Soliman, N. A., Soliman, R., & El Kholy, M. (2016). Dysmenorrhea in adolescents and young adults: a review in different country. *Acta Bio-Medica : Atenei Parmensis*, 87(3), 233-246.

³ Fernández-Martínez, E., Onieva-Zafra, M. D., & Laura Parra-Fernández, M. (2018). Lifestyle and prevalence of dysmenorrhea among Spanish female university students. *PLoS ONE*, 13(8), e0201894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201894>

⁴ Kannan, P., Chapple, C. M., Miller, D., Claydon, L. S., & Baxter, G. D. (2015). Menstrual pain and quality of life in women with primary dysmenorrhea: Rationale, design, and interventions of a randomized controlled trial of effects of a treadmill-based exercise intervention. *Contemporary Clinical Trials*, 42, 81-89. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.03.010>

⁵ Liguori, F., Saraiello, E., & Calella, P. (2023). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder's Impact on Quality of Life, and the Role of Physical Activity. *Medicina (Lithuania)*, 59(11). <https://doi.org/10.3390/medicina59112044>

⁶ OMS. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en Atención Primaria. In Oms.

⁷ Román Viñas, B., Ribas Barba, L., Ngo, J., & Serra Majem, L. (2013). Validación en población catalana del cuestionario internacional de actividad física. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 254-257. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.013>

⁸ Schröder, H., Fitó, M., Estruch, R., Martínez-González, M. A., Corella, D., Salas-Salvadó, J., Lamuela-Raventós, R., Ros, E., Salaverria, I., Fiol, M., Lapetra, J., Vinyoles, E., Gómez-Gracia, E., Lahoz, C., Serra-Majem, L., Pintó, X., Ruiz-Gutierrez, V., & Covas, M. I. (2011). A Short screener is valid for assessing mediterranean diet adherence among older spanish men and women. *Journal of Nutrition*, 141(6), 1140-1145. <https://doi.org/10.3945/jn.110.135566>

⁹ Torres-Pascual, C., Torrell-Vallespín, S., Mateos-Pedreño, E., & García-Serra, J. (2019). Desarrollo y validación del cuestionario

específico de calidad de vida relacionada con la menstruación CVM-22. Development and Validation of the Specific Quality of Life Questionnaire Related to Menstruation CVM-22., 45(1), 48–59.

Otros aspectos:

Actitudes de género y estereotipos de los estudiantes sobre la profesión de enfermería postpandemia: Un Enfoque Cualitativo fenomenológico

ID Comunicación: 221

Tipo de comunicación: Oral

Sillero Sillero, A.; Gil Poisa, M.; Gutierrez Naharro, E.; Villa Cordero, V.; Ayuso Margañón, R.

Objetivos. Este estudio tuvo como objetivo explorar las dinámicas de género, las percepciones profesionales y las influencias sociales en los estudiantes que optan por una carrera en enfermería después de la pandemia de COVID-19. En particular, se buscó analizar cómo los estereotipos de género tradicionales influyen en la elección de esta carrera, las expectativas sobre el rol de la enfermería en la sociedad y las posibles barreras o facilitadores asociados con la identidad de género en este contexto profesional.

Métodos. Se utilizó un diseño cualitativo con un enfoque teórico fenomenológico, que permite profundizar en la experiencia vivida de los participantes en relación con su percepción sobre el género y la profesión de enfermería. Para ello, se seleccionó una muestra intencional de 22 estudiantes de primer año de enfermería (50% hombres y 50% mujeres), lo que permitió alcanzar una saturación teórica de los datos. Este equilibrio de género fue deliberado para permitir una comparación adecuada entre las experiencias de hombres y mujeres en la profesión. La recolección de datos se realizó durante el año académico 2021-2022 en una Escuela de Enfermería en Barcelona. Las respuestas narrativas escritas a preguntas semiestructuradas guiaron el proceso de recolección de datos, que se analizó temáticamente utilizando el enfoque de Graneheim y Lundman. Se empleó el software MAXQDA 2022 para facilitar la codificación y análisis de los datos. El estudio garantizó los principios éticos de confidencialidad, consentimiento informado y respeto por la autonomía de los participantes. Así mismo, se aseguró la confiabilidad de la investigación cualitativa mediante la credibilidad, la conformabilidad, la confiabilidad y la transferibilidad, los criterios de rigor de Lincoln y Guba.

Resultados. De los análisis emergieron cuatro temas clave:

Valor Social vs. Reconocimiento: Se evidenciaron diferencias de género significativas en cuanto a la percepción del valor de la enfermería. Los hombres enfatizaron el impacto social y el potencial de la profesión para generar cambios positivos en las comunidades. Sin embargo, las mujeres destacaron más la falta de reconocimiento profesional y la sub-valoración del trabajo enfermero dentro de la jerarquía sanitaria.

Visibilidad durante la Pandemia: Tanto hombres como mujeres reconocieron la representación mediática positiva del personal de enfermería durante la pandemia como un factor clave en su decisión de elegir esta carrera. La cobertura de los medios resaltó la importancia del papel de los enfermeros en la primera línea de atención, lo que influyó directamente en la percepción de los estudiantes sobre el prestigio y la relevancia de la profesión en tiempos de crisis. Sin embargo, los hombres parecieron estar más motivados por esta visibilidad en términos de oportunidad para el cambio social.

Vocación y Cuidado: Mientras que las mujeres tendían a percibir el cuidado como una habilidad innata o esperada dentro de su rol de género, los hombres discutieron la gratificación intrínseca de brindar cuidados, en muchos casos desafiando los estereotipos que asocian la enfermería con la femineidad. Este tema revela cómo los estereotipos de género pueden influir en la forma en que se conceptualiza el cuidado, lo que podría limitar la incorporación de más hombres en la profesión si no se aborda adecuadamente.

Sacrificio Personal: Se resaltó la necesidad de equilibrar las demandas laborales, personales y emocionales en la profesión de enfermería. Las participantes femeninas subrayaron más el sacrificio personal y la dificultad para conciliar la vida profesional con las obligaciones familiares, un tema que los hombres mencionaron con menos frecuencia. Este hallazgo sugiere que las expectativas de género tradicionales aún juegan un papel en cómo los estudiantes experimentan la preparación para la vida profesional en enfermería.

Discusión.

Estos hallazgos subrayan la compleja interacción entre los roles de género, la vocación, la conciliación de la vida profesional y personal, y las percepciones de los estudiantes sobre la enfermería. Coinciden con investigaciones previas, como el estudio de Abbas et al. (2022), que destaca las persistentes desigualdades de género y la influencia de los estereotipos de género en la elección de carrera. En este contexto postpandemia, donde la enfermería ha adquirido una mayor visibilidad, es crucial abordar las disparidades de género para garantizar una fuerza laboral más diversa y equitativa. Promover la diversidad de género, desafiar los estereotipos y fomentar un entorno de apoyo inclusivo no solo beneficiará a los estudiantes, sino que también fortalecerá la calidad de atención que ofrecen los profesionales de enfermería. Integrar contenido sobre género en los currículos de enfermería puede tener un impacto duradero en la equidad y en la percepción social de la profesión.

Implicaciones para la práctica: A partir de los resultados de este estudio, se proponen principalmente tres actuaciones importantes para la educación y la profesión de enfermería:

Abordar las desigualdades de género en la educación en enfermería: Mediante programas de formación continua y la inclusión de contenidos sobre género y equidad en los planes de estudio, tanto de pregrado como de posgrado.

Fomentar la diversidad: Se debe reclutar a estudiantes de diversos orígenes, experiencias y géneros, incluyendo a hombres y personas no binarias, para garantizar una representación inclusiva dentro de las instituciones educativas y sanitarias.

Desafiar los estereotipos de género asociados con la enfermería: Es crucial promover una imagen más precisa y diversa de la profesión en los medios de comunicación, la educación y los entornos de trabajo.

Palabras clave: **Estudiantes de enfermería**

Género

Percepciones sociales

Elección de carrera

Pandemia

Vocación

Visibilidad

Estereotipos

Bibliografía:

¹ Abbas S, Zakar R, Fischer F, Gilani A. Challenges perceived by nursing professionals in physician-centered organizations: An exploratory qualitative study. *Int Nurs Rev.* 2022;69(3):384–391. doi:10.1111/inr.12741

² Ang WHD, Shorey S, Lopez V, Chew HSJ, Lau Y. Generation Z undergraduate students' resilience during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Curr Psychol.* 2022;41(11):8132–8146. doi:10.1007/s12144-021-01830-4

³ Rasli H, Furunes T, Jafari K, Saydam MB, Degirmencioglu Z. Hearing the Voices of Wingless Angels: A Critical Content Analysis of Nurses' COVID-19 Experiences. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(22):8484. doi:10.3390/ijerph17228484

⁴ Babaii A, Mohammadi E, Sadooghiasl A. The Meaning of the Empathetic Nurse–Patient Communication: A Qualitative Study. *J Patient Exp.* 2021;8:237437352110564. doi:10.1177/23743735211056432

⁵ Bai W, Xi H-T, Zhu Q, Wang Z, Han L, Chen P, Cai H, et al. Changes in Nursing Students' Career Choices Following the COVID-19 Pandemic in China. *Front Psychiatry.* 2021;12. doi:10.3389/fpsy.2021.657021

⁶ Barrett D. Impact of COVID-19 on nursing students: what does the evidence tell us? *Evid Based Nurs.* 2022;25(2):37–38. doi:10.1136/ebnurs-2022-103533

Otros aspectos:

INCONTINENCIA EN LA MUJER, UN RETO, UNA OPORTUNIDAD

ID Comunicación: 176

Tipo de comunicación: Oral

Vallés Rodríguez, L.; Ahedo Vaquero, M. A.; Gaceo Melgosa, P.; Cristobal Dominguez, E.; Conde Babarro, I.; Sales Buj, A.

OBJETIVOS:

1º Cuantificar las mujeres afectadas de incontinencia urinaria (IU) entre el cómputo total de las asistentes a los talleres de suelo pélvico (SP) realizados en un centro de salud urbano (Centro de Salud Olaguibel) de Vitoria – Gasteiz.

2ª Determinar cuál es el tipo de IU más frecuente entre las participantes en dichos talleres.

3º Analizar las características generales y la repercusión de la IU entre las mujeres que acuden al taller.

4ª Valorar la efectividad de los talleres en el reconocimiento de la musculatura del suelo pélvico, en la realización correcta de los ejercicios de Kegel así como en la posibilidad de introducirlos fácilmente en su vida diaria.

MÉTODOS:

Se lleva a cabo un taller teórico–práctico basado en evidencia científica, sencillo, supervisado por enfermería para grupos intergeneracionales de 15 a 18 participantes en horario tanto de mañana como de tarde. Dicho taller se realiza en el Centro de Salud de Olaguibel pero está abierto a toda la población femenina de Vitoria – Gasteiz.

Al inicio se pasa el cuestionario ICIQ–SF para evaluación de la IU femenina.

El contenido del taller se divide en tres partes:

–Teórica: mediante una presentación de qué es la IU, localización del SP, tipos de incontinencia existentes, factores de riesgo y falsas creencias.

–Práctica: se trata la propiocepción del SP, diferenciación de musculaturas, se enseña la realización de ejercicios de Kegel que son efectivos tanto para la musculatura superficial como para la profunda (ejercicios rápidos, lentos, ascensor y onda). Se recalca que dicha práctica se puede realizar en diferentes posturas y posiciones; durante el taller se hacen tanto en bipedestación como en sedestación y en decúbito.

–Resolución de dudas.

Al final del taller se aporta información complementaria a los ejercicios de Kegel, como bolas chinas y aplicaciones existentes. Además se informa acerca del síndrome genitourinario en mujeres afectadas por el climaterio abordando la importancia de la limpieza tanto para dicho síndrome como para la prevención de infecciones del tracto urinario, hidratación tanto interna como externa y lubricación durante este período.

Para finalizar se pasa un cuestionario de satisfacción en el que se abordan varios ítems: propiocepción de la musculatura del SP, facilidad de introducir ejercicios de Kegel en la vida diaria, valoración del taller y posibilidad de recomendarlo.

A partir de los datos obtenidos se realiza un estudio descriptivo de valoración de la práctica clínica. La población a estudio son mujeres de un centro de salud urbano que asiste a talleres teórico–prácticos de SP que se realizan según práctica clínica habitual. La variable principal a estudio es el tipo de IU medida a través del cuestionario ICIQ–SF y un pequeño cuestionario ad–hoc de opinión. Los datos se analizaron usando estadística eminentemente descriptiva.

RESULTADOS

Durante los años 2022, 2023, 2024 se han desarrollado 30 talleres.

Han asistido 369 mujeres con una media de edad de 57,19 años (DE=15,19; Max=91; Min=20). El 14,36% de la muestra no presentaba IU, 8,94% presentaba IU de urgencia, 34,68% de esfuerzo y mixta el 40,9%.

Del porcentaje de participantes afectadas por IU de esfuerzo, 59,78% indican sufrirla al toser/estornudar y 38% al realizar ejercicio físico.

Respecto a la IU de urgencia, 29,6% manifiesta pérdidas antes de llegar al baño.

Un 20,9% de la muestra refiere pérdidas con una frecuencia de varias veces al día, seguido de 2-3 veces/semana en un 17,9%. El 45% refiere pérdidas de poca cantidad de orina; al 51,35% de estas les afectaba mucho o medianamente en su vida diaria.

Previo al taller el 40,92% no conocían su musculatura de SP y tras la realización el 97,28% afirma ser capaz de reconocerla.

DISCUSIÓN

Se ha visto que a realización del taller a través de educación sanitaria grupal es efectiva para reconocer la musculatura del SP; conocer el tipo de IU que presentan las mujeres y conocer cómo pueden abordarla en el caso de que sea de esfuerzo conociendo cómo se deben realizar los ejercicios de Kegel así como los diferentes complementos a estos existentes.

Hay un alto porcentaje de mujeres que presentan IU con un gran impacto en su vida diaria.

Destaca el porcentaje de IU de esfuerzo; así mismo se ha podido observar que a medida que aumenta la edad, este tipo de IU se une a la de incontinencia urgencia y aflora la mixta, siendo esta última la prevalente en mujeres de avanzada edad.

Se debe incidir en la promoción y prevención de la salud; siendo prioritario hacerlo desde la puerta de entrada al sistema sanitario: atención primaria y comunitaria. Es necesario fomentar este tipo de intervenciones para la concienciación de esta problemática y abordarla desde edades tempranas.

Es necesario continuar en esta línea de trabajo para verificar si hay una mejora en la aparición de los primeros síntomas de IU y/o en la mejora de esta en el caso de estar presente, así como en la calidad de vida.

Se declara la no existencia de conflictos de intereses. No se ha utilizado inteligencia artificial para la redacción. No se ha pasado comité de ética, pero cabe decir que la realización de las encuestas ha sido siempre de forma anónima, no siendo posible identificar a las personas que las han realizado. Así mismo se debe recalcar que desde noviembre del 2021 hasta junio del 2022, 112 participantes estuvieron incluidas en un estudio de investigación en el que sí se pasó el comité de ética correspondiente.

Palabras clave: Incontinencia urinaria
Suelo pélvico
Kegel

Bibliografía:

¹ Martín Tuda C, Carnero Fernández M.P. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. *Enfermería Global* 2020;57:391-393.

² González Sánchez B, Rodríguez-Mansilla J, de Toro García A, González López-Arza M.V. Eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en incontinencia urinaria femenina. *An. Sist. Sanit. Navar* 2014; 37(3)382-385.

³ González Sánchez B, Rodríguez-Mansilla J, de Toro García A, González López-Arza M.V. Eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en incontinencia urinaria femenina. *An. Sist. Sanit. Navar* 2014; 37(3)382-385.

Patrón de colonización vaginal y endocervical en RPM pretérmino: prevalencia e impacto de microorganismos

ID Comunicación: 329

Tipo de comunicación: Oral

Segovia Navarro, L.; Martín Navarro, P.; Miguel Lara, A.; Santidrian Tudanca, E.; Pratcorona Alicart, L.; Tarrats Velasco, L.

1) Título:

Patrón de colonización vaginal y endocervical en RPM pretérmino: prevalencia e impacto de microorganismos

2) Autoría:

Lorena Segovia Navarro, Paula Martín Navarro, Ariadna Miguel Lara, Elena Santidrian Tudanca, Laia Pratcorona Alicart, Laura Tarrats Velasco

3) Palabras clave:

RPM, Ureaplasma, Prematuridad, Colonización endocervical, Microorganismos vaginales, Rotura de membranas

4) Objetivo(s):

- Objetivo general: Describir el patrón de colonización vaginal y/o endocervical en mujeres con rotura prematura de membranas (RPM) en edades gestacionales inferiores a 37 semanas.
- Objetivos específicos:
 - Determinar el microorganismo más prevalente en la RPM pretérmino.
 - Estudiar la relación entre el microorganismo colonizante y la edad gestacional en el momento de la RPM.
 - Analizar la influencia del tipo de microorganismo en el inicio del trabajo de parto.

5) Métodos:

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo y unicéntrico durante el año 2023 en el servicio de obstetricia y ginecología de un hospital público de tercer nivel. La población estudiada estuvo compuesta por mujeres embarazadas que acudieron a urgencias por RPM antes de las 37 semanas de gestación e ingresaron en el hospital. Se accedió a las historias clínicas de las pacientes para registrar las variables de estudio, como edad gestacional y resultados microbiológicos. El análisis de los datos se realizó mediante el software estadístico SPSS v.29.

6) Resultados:

El estudio incluyó a 75 pacientes con RPM pretérmino. De ellas:

- 69,3% (52) fueron prematuros moderados y tardíos (32 a 37 semanas de gestación).
- 18,7% prematuros extremos (<28 semanas).
- 12% muy prematuros (28 a 32 semanas).

En la PCR endocervical, el Ureaplasma fue el microorganismo más prevalente, presente en el 63% de los casos. De estos, el Ureaplasma parvum se encontró en el 47,9%, mientras que el Ureaplasma urealyticum en el 15,1%.

En el cultivo vaginal y endocervical, un 19,4% de las pacientes presentaron colonización bacteriana, siendo Gardnerella vaginalis el microorganismo más predominante con un 40% de los casos.

Los resultados muestran una relación entre la colonización por Ureaplasma y la edad gestacional en el momento de la rotura de membranas. En los casos de RPM con gestaciones inferiores a 28 semanas, el 6,9% dieron positivo para Ureaplasma parvum, cifra que aumentó al 29,2% en las pacientes con más de 32 semanas de gestación.

Respecto al inicio del trabajo de parto, entre las pacientes con gestaciones <28 semanas y colonización por Ureaplasma, el 62,5% parió en la primera semana. Entre las pacientes con 28-32 semanas, el 75% parieron entre los 16 y 30 días.

7) Discusión:

Los hallazgos de este estudio confirman que el *Ureaplasma* es el microorganismo más frecuente en mujeres con RPM pretérmino, con una prevalencia destacada del *Ureaplasma parvum* (47,9%) seguido del *Ureaplasma urealyticum* (15,1%). Este hallazgo es consistente con estudios previos que señalan una relación entre la infección por *Ureaplasma* y la prematuridad, así como otros resultados adversos en el embarazo, como corioamnionitis y sepsis neonatal. La presencia de este microorganismo en el tracto genital aumenta el riesgo de parto prematuro y rotura prematura de membranas (RPM), lo que subraya la importancia de su detección temprana.

El hallazgo de que *U. parvum* es la especie más prevalente es especialmente relevante, ya que estudios previos han mostrado que esta especie tiene una fuerte asociación con complicaciones gestacionales graves, como el parto prematuro, y puede provocar una respuesta inflamatoria intraamniótica más severa, especialmente en gestaciones tempranas (<28 semanas). En este sentido, los resultados de nuestro estudio coinciden con los descritos por Oh et al. (2019), quienes documentan que cuanto menor es la edad gestacional en el momento de la infección, mayor es la respuesta inflamatoria en la cavidad amniótica, lo que podría precipitar el trabajo de parto.

En nuestra muestra, observamos que en los casos con RPM antes de las 28 semanas, un 62,5% de las mujeres colonizadas por *Ureaplasma* parieron dentro de la primera semana, lo que refuerza la hipótesis de que este microorganismo acelera el proceso de parto, probablemente a través de mecanismos inflamatorios locales. Sin embargo, en mujeres con gestaciones entre 28–32 semanas, el tiempo hasta el parto fue más prolongado (16–30 días), lo que sugiere que la influencia del microorganismo puede variar dependiendo de la madurez fetal y otros factores no analizados en este estudio, como la intervención médica.

Estos resultados tienen claras implicaciones clínicas, ya que subrayan la importancia de la detección precoz y el manejo adecuado de la colonización por *Ureaplasma* en mujeres con riesgo de RPM. Si bien existen tratamientos antimicrobianos que pueden reducir la carga bacteriana, su eficacia para prevenir la RPM o retrasar el parto prematuro sigue siendo objeto de controversia. La administración de antibióticos en mujeres con RPM podría ser beneficiosa en ciertos contextos, pero es fundamental continuar investigando para determinar cuál es el régimen óptimo de tratamiento y en qué población es más efectivo.

Otro aspecto relevante que se deriva de nuestros resultados es la necesidad de desarrollar estrategias preventivas para las mujeres que están en riesgo de RPM y parto prematuro. La colonización asintomática por *Ureaplasma* en el tracto genital femenino es frecuente, y muchas de estas mujeres no desarrollarán complicaciones. Sin embargo, identificar factores adicionales que predisponen a la progresión hacia la RPM o el parto prematuro sería crucial para mejorar el manejo clínico. Por ejemplo, los marcadores inflamatorios o los antecedentes obstétricos podrían ayudar a seleccionar a aquellas pacientes que se beneficiarían de un monitoreo más intensivo o tratamiento profiláctico.

Finalmente, es necesario señalar que, aunque se observó una fuerte asociación entre la colonización por *Ureaplasma* y la RPM, un porcentaje significativo de mujeres colonizadas no desarrolló complicaciones inmediatas. Esto sugiere que factores adicionales, como la genética de la paciente, el estado inmunológico o las características del ambiente uterino, pueden jugar un papel clave en el desenlace. Por lo tanto, futuros estudios deberían enfocarse en identificar estos factores modificadores y en desarrollar intervenciones personalizadas para mitigar el riesgo en mujeres con colonización por *Ureaplasma*.

En conclusión, este estudio refuerza la evidencia de que la colonización por *Ureaplasma*, particularmente *Ureaplasma parvum*, está fuertemente asociada con la RPM y el parto prematuro. Dada la magnitud del impacto clínico que esto tiene en la salud materna y neonatal, es imprescindible continuar investigando sobre las mejores estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento para mejorar los resultados en esta población.

8) Referencias bibliográficas:

- Bartkeviciene, D., et al. (2020). The impact of *Ureaplasma* infections on pregnancy complications. *Libyan Journal of Medicine*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/19932820.2020.1812821>
- Clinical, Q., & Queensland, G. (2023). Term Prelabour Rupture of Membranes (Term PROM) – RANZCOG CLINICAL GUIDANCE STATEMENT.
- Committee on Practice Bulletins–Gynecology and American Urogynecologic Society. (2020). Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*, 133(76).
- Dr. Thomas McElrath. (2023). Rotura de membranas preparto antes y en el límite de viabilidad – UpToDate.

- Feng, L., et al. (2018). Infection-induced thrombin production: a potential novel mechanism for preterm premature rupture of membranes (PPROM). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(1), 101.e1–101.e12. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.04.014>
- Jonduo, M. E., et al. (2022). Adverse pregnancy and birth outcomes associated with *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* and *Ureaplasma parvum*: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 12(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062990>
- Oh, K. J., et al. (2019). The earlier the gestational age, the greater the intensity of the intra-amniotic inflammatory response in women with preterm premature rupture of membranes and amniotic fluid infection by *Ureaplasma* species. *Journal of Perinatal Medicine*, 47(5).

9) Otros aspectos del trabajo:

Los autores de este trabajo no tienen conflicto de intereses ni han utilizado inteligencia artificial generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: rotura prematura de membranas; prematuridad; microorganismo colonizante; ureaplasma

Bibliografía:

- ¹ Bartkeviciene, D., Opolskiene, G., Bartkeviciute, A., Arlauskienė, A., Lauzikiene, D., Zakareviciene, J., & Ramasauskaite, D. (2020). The impact of *Ureaplasma* infections on pregnancy complications. *Libyan Journal of Medicine*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/19932820.2020.1812821>
- ² Feng, L., Allen, T. K., Marinello, W. P., & Murtha, A. P. (2018). Infection-induced thrombin production: a potential novel mechanism for preterm premature rupture of membranes (PPROM). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(1), 101.e1-101.e12. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.04.014>
- ³ Jonduo, M. E., Valley, L. M., Wand, H., Sweeney, E. L., Egli-Gany, D., Kaldor, J., Valley, A. J., & Low, N. (2022). Adverse pregnancy and birth outcomes associated with *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* and *Ureaplasma parvum*: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 12(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062990>
- ⁴ Ma, C., Du, J., Dou, Y., Chen, R., Li, Y., Zhao, L., Liu, H., & Zhang, K. (2021). The Associations of Genital *Mycoplasmas* with Female Infertility and Adverse Pregnancy Outcomes: a Systematic Review and Meta-analysis. *Reproductive Sciences*, 28(11), 3013–3031. <https://doi.org/10.1007/s43032-020-00399-w>

Otros aspectos:

Comunicaciones orales : Práctica basada en la evidencia II / Oral communications: Evidence based practice II

Líderes de implantación de buenas prácticas: trabajando en la capacitación

ID Comunicación: 16
Tipo de comunicación: Oral

Cidoncha Moreno, M. A.; Garate Echenique, L.

La aplicación del conocimiento en el día a día es importante para mejorar la práctica diaria. La bibliografía pone de manifiesto que la aplicación de guías de buenas prácticas es efectiva en la mejora de la práctica clínica y en la disminución de la variabilidad clínica. Múltiples estrategias se han puesto en marcha para trasladar el conocimiento a la asistencia clínica. En el ámbito de enfermería se implantan, desde 2012 en España, las Guías de Buenas Prácticas de la Asociación de Enfermeras de Ontario a través del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®, siguiendo los principios del programa canadiense Best Practice Spotlight Organizations® (BPSO®). La Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud (Investén-isciii) coordina dicho programa en España, tras ser nombrada BPSO Host coordinador y actualmente la estructura del programa se ha ampliado con los centros coordinadores BPSO Host Regionales que replican el programa en sus comunidades autónomas (1) favoreciendo la implantación en los centros que coordina apoyando y siguiendo el proceso de planificación, operativización, trabajo multidisciplinar, evaluación y retroalimentación que realiza cada organización. Los líderes son fundamentales en todo el proceso de implantación para facilitar la movilización y adopción de las guías de buenas prácticas (GBP) y de la práctica basada en evidencia (PBE) en los lugares de trabajo, formar a impulsores, y la puesta en marcha de dinámicas de equipo y organizativas que favorezcan los entornos de implantación (2-4).

Capacitar a líderes locales y trabajar de forma colaborativa para compartir experiencias y fortalecer la red de líderes de centros BPSO es un área de trabajo del Host Regional.

Objetivo:

Identificar las necesidades formativas de líderes de programa BPSO para establecer estrategias de capacitación en relación a sus necesidades.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal a líderes de programa y de evaluación de las organizaciones sanitarias adheridas al programa BPSO en la comunidad autónoma. A través de la herramienta Redcap se exploraron estrategias de implantación ERIC (5) que consideran relevantes para la implantación de GBP en nuestro contexto local, que los líderes puntuaron en escala Likert de 0 a 10. Además, se evaluó la percepción de liderazgo a través de la Escala de Liderazgo de Implementación de PBE (6) valorándose con una escala Likert de 0 (en absoluto) a 4 (mucho). Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables; las cualitativas, a través de frecuencias relativas y porcentajes y las cuantitativas con media, mínimo y máximo.

Resultados:

Se envió el cuestionario a todos los líderes y colíderes (n=25), teniendo una tasa de respuesta del 76% (el 42% de las respuestas fueron de colíderes de programa). Las estrategias de implantación de mayor relevancia identificada fueron: identificar y preparar impulsores (100%), capturar y compartir el conocimiento local (100%), construir coaliciones (94,70%), auditar y proporcionar retroalimentación (89,50%) y desarrollar un plan de implementación formal (88,90%). En relación a la escala de liderazgo las fortalezas se hallaron en la dimensión del apoyo reconociendo los esfuerzos, para aprender, implantar y usar la PBE de los trabajadores con un 94.4%-100% de respuestas positivas. Las debilidades se encontraron en relación a la proactividad para desarrollar los planes de implantación y al conocimiento sobre PBE.

Discusión:

El programa BPSO tiene impacto positivo a nivel organizacional movilizando a los profesionales y a los procesos de cuidados. Se observa enriquecimiento de la práctica profesional basada en la evidencia, el fomento del trabajo colaborativo en red, así como en la mejora en los resultados de salud de los pacientes y en la calidad de los cuidados prestados (1). Los líderes son fundamentales en los procesos de implantación, permitiendo un enriquecimiento progresivo de la PBE, el fomento del trabajo colaborativo y en red, así como en la mejora en los resultados de salud de los pacientes y en la calidad de los cuidados prestados. Sus competencias, fortalecidas, tienen el potencial de maximizar el clima organizacional favorecedor, la efectividad de los planes de implantación, los equipos colaborativos y la red.

Implicaciones para la práctica: El programa BPSO fortalece a las organizaciones, mejorando los procesos de implantación y optimizando la visibilización e impacto de los cuidados. Ante la valoración de los líderes BPSO sobre qué estrategias consideran relevantes para implantar las buenas prácticas, el Host Regional va a planificar acciones para fortalecer la captación, capacitación e influencia de los líderes e impulsores y cómo crear contextos y modos en que los líderes, impulsores y colaboradores difundan de modo eficaz las innovaciones a adoptar, dinámicas de equipos colaborativos, y el uso sistemático de datos y resultados para feedback. En relación a la percepción sobre su liderazgo, las personas apoyan la práctica basada en la evidencia porque creen en ella, pero sienten que les falta conocimiento y por ello el Host Regional continuará trabajando en la formación en práctica basada en evidencia para líderes.

Palabras clave: Liderazgo, Práctica Basada en Evidencia, BPSO

Bibliografía:

¹ González-María E, et al. Implantación de Guías de Buenas Prácticas en España a través del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. *Enferm Clin.* 2020; 30(3): 136-144 <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.09.018>

² Grinspun D. Transformando la enfermería a través del conocimiento: pasado, presente y futuro del programa de guías de buenas prácticas de Registered Nurses' Association of Ontario. *MedUNAB.* 2021;24(2):239-254. <https://doi.org/10329375/01237047.3977>

³ Nelson-Brantley H.V., Chipps E. Implementation Science and Nursing Leadership: Improving the Adoption and Sustainability of Evidence-Based Practice. *JONA.* 2021; 51(5): 237-239 DOI: 10.1097/NNA.0000000000001006

⁴ Boehm, LM, Stollendorf, DP y Jeffery, AD. Implementation Science Training and Resources for Nurses and Nurse Scientists. *Journal of Nursing Scholarship.* 2020; 52(1): 47-54 <https://doi.org/10.1111/jnu.12510>

⁵ Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, Proctor EK, Kirchner JE. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci.* 2015.12;10:21. doi: 10.1186/s13012-015-0209-1

⁶ Llarena M, Rogers HL, Macia P, Pablo S, Gonzalez-Saenz de Tejada M, Montejó M, Paniagua N, Benito J, Rueda M, Santos B, Grandes G, Sanchez A. Validity and reliability of the transculturally adapted Spanish version of the Implementation Leadership Scale (ILS). *Implement Sci Commun.* 2023; 12;4(1):112. doi: 10.1186/s43058-023-00495-3

Otros aspectos:

LACTANCIA MATERNA: ACREDITAR LA EXCELENCIA EN CUIDADOS

ID Comunicación: 32

Tipo de comunicación: Oral

Ramos Carbajo, M. J.; González Gallego, M.; Andres Trabajo, M.; Conceicao Soares, F. A.; Bobillo de Lamo, H. R.; López Pérez, R.; Carbajo Rodríguez, M. C.; Gómez Fernández, M. A.; Blanco Franco, M. de la P.

INTRODUCCIÓN:

La IHAN, Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, acredita la excelencia en la práctica clínica basada en la evidencia, promueve el apoyo y promoción de la lactancia materna como un proceso único a través de los distintos niveles de atención a la salud y contribuye al empoderamiento en salud de las madres y familias, la participación ciudadana y la protección del medio ambiente.

La evidencia científica demuestra que cuando las mujeres y las familias disponen de información adecuada, las instituciones de salud ofrecen prácticas de atención de calidad y las autoridades aseguran el respeto al Código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna, más mujeres amamantan, durante más tiempo y permite disfrutar de la lactancia. Esto beneficia a las mujeres lactantes como a sus familias y a la sociedad en su conjunto.

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 GUIÁ DE BUENA PRÁCTICA RNAO Lactancia Materna, implantada en el C.S Ponferrada II desde 2012, evidencia los mismos objetivos que la IHAN.

OBJETIVO

Analizar el estado de la lactancia materna en el Centro de Salud Ponferrada II durante los años 2022/23 para su acreditación a Fase II de la IHAN dando sostenibilidad a la implantación de la GUIÁ DE BUENA PRÁCTICA RNAO LM.

MÉTODOLOGÍA

Análisis observacional, descriptivo, mediante muestreo determinado por la IHAN

ÁMBITO: Atención Primaria.

SUJETOS A ESTUDIO

Niños pertenecientes al Centro de Salud Ponferrada II, nacidos del 1 de marzo de 2022 al 31 de diciembre de 2023. Total 189. Muestreo aleatorio de 75 niños Recogida de datos de Historia Clínica Informática (Medora). Se analizan los datos con sistema SPSS

RESULTADOS:

1.-Socio demográficos: de los niños a estudio, el 34,66% son niños y el 65,3% niñas

2.- De indicadores:

- En los 15 primeros días de vida toman lactancia materna exclusiva el 64 % de los niños a estudio, lactancia mixta el 22 % y sucedáneo de lactancia materna el 14%*

- Se alimentan con lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses de vida el 43.6% de los recién nacidos*

- A los 12 meses el 56.41 % de los niños toman lactancia materna y de 20 A 24 meses el 28.57 % • El Tiempo medio de lactancia materna exclusiva a los 6 meses es de 101 días
- El Tiempo medio de lactancia materna total > 6 meses es de 270 días • De los 25 nacidos de enero a abril de 2024, toman lactancia materna exclusiva al alta 56%, Mixta 20%, Sucedáneo de lactancia materna 24%

DISCUSIÓN

1. Solo el 14% de los niños a los 15 días de vida se alimentan con sucedáneos de lactancia materna, el 64% con Lactancia materna exclusiva y mixta el 22%.
2. Los datos LME a los 6 meses (43,6%) han mejorado respecto al último estudio realizado en el centro (31,98%), al igual que el tiempo medio de LME (de 73,21 pasa a 101 días) y LMT (pasa de 149,7 a 270 días).
3. Más de la mitad de los niños a estudio sigue tomando lactancia materna a los 12 meses de vida.

APLICABILIDAD PARA LA PRACTICA

Es importante fomentar el apoyo a la lactancia materna desde el embarazo para asegurar su implementación y continuidad debido a sus múltiples beneficios. Es un alimento natural, renovable, que no requiere envase, se produce de acuerdo con las necesidades del recién nacido y aporta los nutrientes necesarios.

Los profesionales de la salud implicados en lactancia debemos transmitir el mismo mensaje a las madres lactantes.

Es fundamental trabajar con protocolos consensuados basados en la evidencia (Guías de Buenas Prácticas) entre los dos niveles de atención.

Palabras clave: Lactancia materna exclusiva, lactancia materna total, lactante, enfermera, cuidados

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.

Otros aspectos:

Impacto de la formación en metodología de implantación de buenas prácticas en las competencias autopercebidas en PBE

ID Comunicación: 136

Tipo de comunicación: Oral

Rodríguez Soberado, M. P.; Martín Vaquero, Y.; González Gallego, M.; Callejo González, L.; Alonso Servi, G.; González Sánchez, M. J.; Vaticón Fernández, M. T.; Alonso Fernández, M. B.; Gutiérrez Lora, M. C.

Introducción: En el año 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la práctica basada en la evidencia se convertiría en un área prioritaria para aumentar la contribución de las enfermeras a la salud de la población.

La literatura científica recomienda un aprendizaje continuo en la práctica basada en la evidencia (PBE)¹, proponiendo dos medidas para acelerar su implementación: enseñar a los estudiantes el proceso de PBE y mejorar las actitudes, conocimientos y habilidades de las enfermeras/os clínicas/os^{2,3}.

Objetivo: Evaluar el impacto de la formación en metodología de implantación de buenas prácticas sobre las competencias autopercebidas en la práctica basada en la evidencia (PBE) de profesionales de la salud.

Método: Estudio cuasi experimental con un diseño depre/post; antes de la formación (C1) y a los 6 meses (C2), para el grupo de 30 discentes con rol de líder, colíder o responsable de implantación de guías de buenas prácticas (GBP) que recibieron formación presencial sobre metodología de implantación durante 36 horas, en noviembre del 2023. La formación se desarrolla coordinada por el Host Regional de Castilla y León e impartida por enfermeras/os que han sido o son responsables de la implantación de Guías de Buenas Prácticas (GBP) de la RNAO® (Registered Nurses' Association of Ontario) en Instituciones del Sistema Sanitario, relacionados al programa BPSO® (Best Practice Spotlight Organizations).

Se utilizó el cuestionario validado en español⁴ EBP_COQ prof® de 35 preguntas con respuesta tipo Likert (1: muy en desacuerdo; 5: muy de acuerdo) para medir las 4 dimensiones (actitudes, conocimientos, habilidades y utilización) de las competencias en PBE y un cuestionario "ad hoc" de 8 preguntas de selección para las variables sociodemográficas (sexo y edad – ≤40años, entre 41–50 años y >50años), laborales (años de experiencia profesional ≤15 años, 16–25 años y >25 años), formación posgrado (especialista, experto o máster, solo formación continuada), actividad docente (profesor asociado o tutor de EIR, colaborador, no docente) y percepción de la capacitación como formador de impulsores 1 pregunta de texto libre–sugerencias. En el cuestionario EBP_COQ prof® los ítems del 1 al 8 medían "actitudes", del 9 al 19 se vinculaban con "conocimientos", del 20–23, 27 y 29 se relacionaban con "habilidades" y los restantes ítems con la "utilización" de la PBE. Se solicitó a los autores del cuestionario EBP_COQ prof® autorización para su utilización y posterior publicación de los datos.

La puntuación global del nivel de competencia PBE tiene un rango entre 35 y 175 puntos. La puntuación global y por dimensiones se calculó con la media de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems del cuestionario.

Se realizó análisis descriptivo y comparación de los datos globales y por las 4 dimensiones de competencias de C1 y C2, así como subgrupos según datos sociodemográficos, laborales, formación postgrado y vinculación docente. Para las variables cuantitativas se calculó la media y desviación estándar (SD). Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes. Se realizó la prueba t de Student y ANOVA para la comparación de las variables cuantitativas. En el análisis estadístico, se consideró un nivel de significación de $p < 0.05$.

Respecto a las consideraciones éticas, la participación de los discentes fue voluntaria, asegurando el anonimato, mediante el acceso por código QR al inicio del curso y para el cuestionario post se envió al correo institucional de cada discente un mensaje solicitando su colaboración y el QR de acceso.

Resultados: Respondieron al cuestionario C1 (n1=28) y al C2 (n2=27). En ambos casos la participación fue superior al 90%

El 87.8% eran mujeres. El 70.4 % y el 22.2 % tenían entre 41 y 50 o >50 años respectivamente.

El 37% informó de una experiencia laboral >25 años y el 55.5% entre 16 y 25 años.

El 22.2% disponían de una especialidad enfermera y el 44.4% eran expertos en algún área del cuidado y/o habían realizado algún máster. El resto de los profesionales declaró que su formación postgrado fueron únicamente cursos de formación continuada.

El 70.4% de los profesionales participantes eran clínico-docentes (ECD): profesor asociado o tutor EIR(PT) el 42.1% colaborador(C) el 57.9%.

El 77.8% declaró que la formación recibida en metodología de implantación de buenas prácticas le capacitó como docente de impulsores del proyecto Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® (CCEC®) del programa BPSO® mientras que el 18.5% sugiere necesitar más formación.

El 37% refiere haber realizado alguna formación breve después de este curso relacionada con la implantación de buenas prácticas. El 70.4% respondieron afirmativamente a la pregunta si ha detectado cambios en su práctica asistencial después de la formación.

La puntuación global de la muestra en el cuestionario de competencias autopercebidas en PBE fue en precurso de 132.5 ± 15.8 y en el postcurso de 137.4 ± 12.5 . La puntuación media en el cuestionario sobre las competencias en PBE fue de 3.8 ± 0.8 y 3.9 ± 0.7 para C1 y C2 respectivamente. Los valores medios obtenidos por cada una de las 4 dimensiones fueron en "actitudes" C1 4.6 ± 0.2 y C2 4.7 ± 0.1 en "conocimientos" C1 3.4 ± 0.9 y C2 3.5 ± 0.8 , en "habilidades" C1 3.9 ± 0.8 y C2 3.9 ± 0.8 y en "utilización" C1 3.6 ± 0.9 y C2 3.8 ± 0.9 . Al comparar la puntuación global y las cuatro dimensiones de C1 y C2 no se perciben diferencias significativas.

En los resultados obtenidos y la comparación entre los valores pre y post de cada uno de los 35 ítems del cuestionario EBP_COQ prof® es de destacar la comparación pre-post de los ítems 9 y 14 relacionados con el área del conocimiento y los ítems 24, 25, 32 y 35 relacionados con la utilización práctica:

- Conozco cómo formular preguntas clínicas estructuras según el formato PICO, $p=0.037$
- Conozco los grados de recomendación que avalan la implantación de intervenciones en salud, $p=0.012$
- En mi centro de trabajo se realizan intervenciones basadas en evidencias científicas, $p=0.013$
- La mayoría de intervenciones basadas en evidencias que se realizan en mi centro de trabajo son propuestas desde mi organización sanitaria, $p=0.0003$
- Utilizo herramientas validadas (cuestionarios, test, índices, etc) para evaluar los resultados de mi práctica clínica, $p=0.040$
- En mi centro de trabajo colaboro para que la PBE sea parte de la cultura de mi organización, $p=0.012$

No encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las preguntas.

Las puntuaciones obtenidas en el C2, por grupos de edad, experiencia laboral, formación postgrado o vinculación docente fueron:

Edad.- 142.5 ± 11.5 , 137.4 ± 18.7 y 125.3 ± 14.1 para los grupos <40, entre 41-50 y >50 años respectivamente.

Experiencia laboral > de 15 años 142.5 ± 14.3 , entre 16-25 años 137.7 ± 14.7 y 126.1 ± 9.2 con > de 25 años.

Formación postgrado.- Especialista/EIR 136 ± 4.3 , expertos y/omáster 137.7 ± 9.30 y el grupo de solo cursos de formación continuada 138.3 ± 7.2 .

Se compararon las puntuaciones medias globales y las cuatro dimensiones de competencia auto percibidas en PBE según grupos de edad, experiencia laboral y formación posgrado y vinculación docente. Ninguna de las comparaciones resulto estadísticamente significativa.

Conclusiones /Discusión: Los resultados de este estudio pueden estar influenciados por el tamaño reducido de la muestra y las limitaciones inherentes a estudios de esta naturaleza, como deseabilidad social, los perfiles de los profesionales participantes, quienes cuentan con formaciones y trayectorias muy concretos y la selección no probabilística.

A pesar de no encontrar diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones pre y post curso, se observan puntuaciones más elevadas en el postcurso.

En este estudio se observa que la dimensión “actitud” obtiene una mayor puntuación en comparación con el resto de las dimensiones evaluadas, tanto en la fase pre como post curso, este patrón se mantiene en todos los grupos analizados, independientemente de la edad, experiencia laboral, formación postgrado o vinculación docente de los participantes, lo que sugiere que la actitud es un factor predominante y clave en el contexto analizado, que los gestores de cuidados deberían tener en cuenta, dado su impacto en todos los grupos demográficos y etapas evaluadas. Este hallazgo coincide con estudios anteriores tanto en enfermeras/os como entre estudiantes.

La dimensión “conocimiento” ofrece un amplio margen de mejora. Los profesionales son conscientes de esta brecha de conocimiento, como expresaron varios de los que respondieron a la pregunta del cuestionario “ad hoc” relacionada con las necesidades de formación: algunos realizaron cursos cortos de capacitación en PBE después del curso de metodología de la implantación y, otros consideraron que deberíamos a nivel institucional proporcionar más formación sobre el tema.

Por grupos de edad y experiencia laboral, los profesionales con mayor experiencia reportan mayores puntuaciones en la dimensión de habilidades. Podría basarse este hecho que los profesionales han tenido más tiempo en acumular conocimiento práctico y teórico, lo que les permite, no solo reforzar habilidades sino también una mayor confianza en su capacidad. Además, los profesionales más experimentados han tenido más oportunidades en enfrentarse a resolver situaciones complejas, lo que podría explicar porque perciben un mayor dominio en comparación con sus compañeros con menos experiencia.

En relación con la dimensión “utilidad en la práctica”, se debe tener en cuenta que solo han transcurrido seis meses desde el inicio del programa de implantación de la PBE utilizando como herramienta las GBP de la RNAO^{5,6} y este proyecto aún se encuentra en sus fases iniciales. Sin embargo, ya se aprecian cambios en la utilización de la PBE reflejados en la significancia estadística de cuatro preguntas relacionadas con la aplicación de la PBE. Resultados que coincidan con la información proporcionada por los participantes en el cuestionario “ad hoc” que han comenzado a realizar cambios de la práctica a nivel individual o de unidad. Los cambios en el comportamiento son difíciles y necesitan tiempo⁷

La falta de diferencias significativas en PBE de quienes han recibido formación docente de postgrado reglada respecto al resto, sugiere como en otros estudios, que la formación continuada puede ser una estrategia efectiva para capacitar a los profesionales en PBE⁸. dado que actualmente no existen programas específicos en esta área.

Las puntuaciones obtenidas en este estudio son superiores a otros estudios previos nacionales posiblemente debido al perfil de los participantes, su actitud positiva por pertenecer al programa BPSO[®] y su implicación docente en la formación de pregrado y postgrado.

Implicación práctica: Los resultados de este estudio podrían ser una oportunidad de reflexión para los gestores en cuidados y los responsables de la formación continuada:

- Priorizar el desarrollo y fortalecimiento de actitudes positivas en sus equipos.
- Implantar un programa de formación continuada reglado en PBE con continuidad en el tiempo.
- Promover entornos de aprendizaje colaborativo entre profesionales de diferentes niveles de experiencia y conocimientos teóricos, apoyando activamente la aplicación de la PBE en las instituciones implicadas en el proyecto BPSO[®].

Palabras clave: Práctica clínica basada en evidencias, educación en enfermería, educación basada en competencias, competencias autopercibidas

Bibliografía:

¹ Ramis M, Chang A, Nissen L. Undergraduate health students' intention to use evidence-based practice after graduation: A systematic review of predictive modeling studies. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 2018;15:14-8, <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12268>.

² Pererira F, Pellaive V, Verloo H. Beliefs and implantacion of evidence-based practice among community health nurses: A cross-sectional descriptive study. *J Clin Nurs.* 2018;27:2052-61, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14348>.

³ Ruzafa-Martinez M, Molina-Salas Y, Ramos-Morcillo AJ. Competencias en práctica basada en la evidencia en estudiantes de grado de

Enfermería. *Enferm Clin* .2016;26:158-64, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.002>.

⁴ Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazar S, Leal-Costa C, Ramos-Morcillo AJ. Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof©): Development and Psychometric Validation. *Woerldviews Evidence-Base Nurs*. 2020;17:366-75,<http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12464>

⁵ Registered Nurses' Association of Ontario. Best Practice Guideline Program. Available from <https://rnao.ca/bpg/spanish-resources>

⁶ Registered Nurses' Association of Ontario. Leading Change Toolkit. Available from: <https://rnao.ca/leading-change-toolkit>

⁷ Rodríguez-Soberado MP, Martín-Gil B, Fernández-Castro M. Competencias autopercibidas en práctica basada en la evidencia de enfermeros clínico-docentes versus enfermeros clínicos. *Enfermería Clínica*. 2023;33(2):82-92.<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.10007>

⁸ Hickman LD, DiGiacomoM, Philips j, Rao A. Newton PJ, Jackson D, et al. Improving evidence based practice in postgraduate nursing programs: A systematic review: Brindging the evidence practice gap (BRIGE project) *Nurse Educ Today*. 2018;63:69-75,<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.015>.

Otros aspectos:

Comunicaciones orales: Práctica clínica II / Oral communications: Clinical practice II

El mundo rural y la enfermera comunitaria como una oportunidad

ID Comunicación: 134

Tipo de comunicación: Oral

LAPEÑA MOÑUX, Y. R.; FERRER ARNEDO, C.

Introducción: Las nuevas demandas en cuidados necesitan respuesta desde un modelo de atención sanitaria resiliente, eficiente y ágil, que sitúe en el centro del sistema a los ciudadanos y sus cuidados. Basado en estrategias de empoderamiento para el autocuidado, la autogestión y autoeficacia de las patologías crónicas.

Objetivo: conocer las necesidades en autocuidados de los ciudadanos e implementar una intervención comunitaria (red de autocuidados) de base educativa y motivacional para dar respuesta a dichas necesidades, potenciando el envejecimiento saludable, promoviendo la solidaridad vecinal e intentando evitar la despoblación de la zona. Mediante el empoderamiento a sus ciudadanos en una provisión de cuidados cotidianos, no profesionales, basados en evidencia, seguros y ofertados para las personas vulnerables y frágiles del municipio, guiados por la enfermera comunitaria del centro de salud.

Método: estudio cualitativo desde la perspectiva de la investigación-acción participativa realizada por enfermeras investigadoras, una desde un consultorio rural y la otra desde la distancia usando las Tic's como vehículo de colaboración. Realizamos un muestreo intencional en el que participaron 80 ciudadanos del municipio de Deza (Soria). La recogida de datos se hizo mediante 17 entrevistas abiertas a informantes clave, 5 grupos de discusión (47 participantes), fotografías, videos y notas de campo. Tras el análisis de las necesidades y creado el grupo de intervención, se inició la fase de empoderamiento de los miembros mediante talleres formativos teórico prácticos y se consensuó la forma de satisfacerlas desde la comunidad.

Resultados: el análisis de los datos evidenció que la soledad y el aburrimiento fueron las principales necesidades de autocuidado sentidas y manifestadas por la mayoría de participantes, además surgieron 4 temas principales: 1) solidaridad vecinal: doy y recibo; 2) rol de agentes de salud municipales; 3) Añorando el cuidado tradicional y 4) barreras a la ayuda vecinal. Los participantes manifiestan ser un pueblo unido aunque consideran que deben hacerse las cosas de otra manera con planteamientos diferentes. Por ello, valoran la red como algo muy positivo e interesante. Por otro lado, señalan que el pueblo estaba experimentando un dinamismo considerable, los ciudadanos estaban más alegres y contentos y acuden menos a las consultas. Revelan haber desarrollado unas relaciones intervecinales más cercanas y empáticas. También los resultados nos permitieron descubrir los prejuicios, marcados en el mundo rural, a la aceptación de ayuda por parte de algunos vecinos aunque tuvieran necesidades conocidas por el resto del pueblo.

Discusión: Nuestra intervención comunitaria supone un cambio en el concepto de asistencia sanitaria impulsado por profesionales enfermeros proactivos y aceptado por pacientes involucrados y proactivos. Destaca sus efectos sobre el empoderamiento de los ciudadanos a varios niveles para llevar una vida más activa y saludable y la creación de sinergias con profesionales e instituciones. Esta intervención ha conseguido mitigar el sentimiento de soledad no deseada o la falta de compañía. Los vecinos han encontrado un espacio donde comparten, ayudan, se entretienen. También ha demostrado una potenciación de habilidades sociales y personales de los miembros de la red y cómo los elementos digitales complementan la vida de las personas mejorando su formación e interrelación. La educación para la salud con participación comunitaria pone en valor el liderazgo de las enfermeras como garantes de los cuidados tanto en las necesidades básicas como en la gestión de patologías crónicas mejorando la percepción en salud de los ciudadanos.

Palabras clave: IAP, agentes comunitarios de salud, autocuidado, enfermera familiar y comunitaria, medio rural.

Bibliografía:

¹ Administración General del Estado, Unión Europea y Junta de Castilla y León. Programa de desarrollo rural de Castilla y León 2014-2020. 2014.

² Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El Entorno familiar. 2005. ISBN: 84-8446-079-7.

³ Röger-offergeld U, Kurfer E, Brandl-Bredenbeck HP. Empowerment through participation in community-based participatory research-effects of a physical activity promotion Project among socially disadvantaged women. *Front Public Health*, 2023;19:11.

⁴ Lapeña YR, Cibanal L, Maciá ML, Pedraz A. Interpersonal relationships among hospital nurses and the use of communication skills. *Text Context Nursing*. 2014;23(3):555-62.

⁵ Tong A, Sainsbuty P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-57.

Otros aspectos:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTE INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL DE TERRASSA

ID Comunicación: 429

Tipo de comunicación: Oral

Romero Rascón, C.; Romero Rascón, E.

Introducción: Las enfermedades respiratorias crónicas son enfermedades de las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón. Algunas de las más comunes son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el asma, las enfermedades pulmonares ocupacionales y la hipertensión pulmonar. El tratamiento de elección en paciente con enfermedades de las vías respiratorias es la terapia Inhalatoria, que se define como la administración de medicación en forma de aerosol y así actuar de una forma directa a nivel pulmonar.

Se estima que el grado de cumplimiento de las terapias inhaladas en pacientes con asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no llega al 50%. Esta baja adherencia del tratamiento inhalado puede llegar a aumentar la morbilidad, mortalidad y el aumento de los recursos terapéuticos.

Existen múltiples factores relacionados con la baja adherencia al tratamiento el posible mal cumplimiento, entre las que se incluyen la dificultad en la comprensión del tratamiento, el tipo de dispositivo de inhalación prescrito y posibles creencias y factores socioculturales-psicológicos del paciente.

Conocer el grado de adherencia y el factor o factores al mal cumplimiento terapéutico en procesos agudos como sería un proceso de hospitalización podría ayudar al personal asistencial actuar para mejorar su adherencia y mejor control de la morbilidad y mortalidad. Para poder desarrollar según los resultados una intervención de educación para la salud en la utilización de los inhaladores aumenta su bienestar y calidad de vida en los pacientes.

Objetivos: Analizar si las características de la población atendida a la unidad de Neumología e influyen la adherencia al tratamiento de la terapia inhalatoria.

Objetivos específicos:

- Conocer la adherencia al tratamiento inhalado prescrito por el equipo de neumología o médico/a de atención primaria.
- Determinar la influencia de los síntomas durante el proceso de la enfermedad según el grado de adherencia al tratamiento en el ámbito hospitalario
- Conocer las dificultades que presenta en el tratamiento.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo y transversal. Se utilizó un muestreo no probabilístico y por conveniencia. La población a estudio fueron todas aquellas personas que cumplieron criterios inclusión siendo el principal estar en tratamiento con inhaladores en el momento del ingreso. Las variables a estudio fueron adherencia al tratamiento, nivel de autonomía y variables relacionadas con datos sociodemográficos. Los instrumentos utilizados fueron el TAI de 10 ítems de adherencia a los inhaladores, Barthel y cuestionario adhoc. Se realizó la media, desviación estándar para las variables cuantitativas y para las cualitativas se presentaron los valores en porcentajes.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de ética y medicamentos de la institución.

Resultados: la población a estudio final fue de 140 personas de estos el 80% eran hombres y un 20% mujeres. De estos se encontró que el 60% de los hombres y un 5% de las mujeres eran exfumadores. La edad media se encontraba entre los 70 años + 14. Se encontró que la población a estudio era independiente en un 95% en las actividades de la vida diaria. Respecto a la adherencia al tratamiento con inhaladores cabe destacar que todo y ser un tratamiento crónico el 80% de las personas participantes respondieron que más de la mitad en los últimos 7 días ¿cuántas veces olvidó tomar sus inhaladores habituales? El 70% de las personas indicaron que Cuando está de vacaciones o de fin de semana, deja de tomar sus inhaladores casi siempre. Respecto a los autocuidados el 74% refiere enjuagarse la boca muy ocasionalmente. Por otro lado,

respecto a realizar el tratamiento durante su estancia hospitalaria el 87% reconoce que, si no les recuerda enfermería, todo y ser un tratamiento crónico, que lo tiene que realizar no se los administrarían. Más de la mitad de la población a estudio insiste en que durante el ingreso tiene mayor adherencia al tratamiento con inhaladores que en el propio domicilio.

Conclusiones: Los resultados muestran la necesidad de continuar realizando una educación para la salud de forma transversal en todos los ámbitos asistenciales. Los resultados evidencian la falta de adherencia al tratamiento con inhaladores todo y que las personas lo tengan como tratamiento crónico y sobretodo en personas de edad adulta avanzada. Observar las capacidades motoras para la realización de la técnica así como las alteraciones visuales resulta de gran importancia para que se produzca un mayor éxito en la adherencia al tratamiento.

Por tanto es imprescindible una valoración centrada en la persona y entorno familiar poder detectar las necesidades reales o los factores de riesgo para poder mantener una adherencia.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, hospitalización, cuidados, enfermedades respiratorias

Bibliografía:

¹ Bozek A, Jarzab J. Adherence to asthma therapy in elderly patients. *J Asthma*. 2010 Mar;47(2):162-5. doi: 10.3109/02770900903497204. PMID: 20170323. 9 2. Hernandez Borge, Jacinto & Murillo, Luis Miguel & Rodríguez, M & Vizcaino, M & Cordero, P. (2021). Nivel de adherencia y patrón de adherencia al tratamiento inhalado en pacientes con epoc y asma. Factores implicados. 24-34. 3. Plaza Moral Vicente, Gutiérrez-Pereyra Fernando, Soria Poveda Cristina.(2015) Incumplimiento terapéutico e inhaladores. Diagnóstico y tratamiento.. *Neumología y Salud* sl 4. Plaza V, Fernández-Rodríguez C, Melero C, Cosío BG, Entrenas LM, Pérez de Llano L, et al. Validation of the 'Test of the Adherence to Inhalers' (TAI) for asthma and COPD patients. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv*. 2015 Jul 31. [Epub ahead of print]

Otros aspectos:

Prevalencia de los Trastornos Mentales registrados en España durante el Confinamiento por COVID-19

ID Comunicación: 316

Tipo de comunicación: Oral

Gutiérrez Naharro, E. M.; Sillero Sillero, A.; Villa Cordero, V.; Fernández Sáez, J.

OBJETIVO

Identificar los diagnósticos más prevalentes relacionados con patologías de salud mental durante el confinamiento por la COVID-19 en España.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y retrospectivo sobre una muestra de conveniencia de 5.000 pacientes de una Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, que solicitaron Incapacidad Laboral por Contingencia Común con diagnóstico relacionado a problemas de salud mental en las Comunidades Autónomas de España durante el periodo de confinamiento por la COVID-19. Se excluyeron aquellos pacientes con antecedentes de trastornos mentales previos y los no relacionados con la pandemia. Se analizaron las historias clínicas y registros de bajas laborales de los pacientes afiliados a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social de forma anonimizada y mediante codificación. El estudio fue aprobado por el Comité Ético Institucional.

El análisis estadístico se realizó mediante SPSS v 26.0.

RESULTADOS

La muestra la forman 5.000 pacientes de diferentes comunidades autónomas españolas: La medida de edad general de los pacientes que cursaron Incapacidad Laboral por Contingencia Común es de 44 años con una DE:10,49 (media de 44,8 años en hombres con una DE: 10,40 y de 43,9 años en mujeres con una DE: 10,56). Se observó que el Trastorno de Ansiedad Generalizada fue el más prevalente siendo este de un 69,17% en mujeres y un 69,30% en hombres. Le siguieron el Trastorno Adaptativo con Alteración de la Conducta con un 11,47% en mujeres y del 12,69% en hombres, y el Trastorno Depresivo Mayor, episodio Único Leve con un 7,52% en mujeres y el 8,00% en hombres. Castilla-La Mancha presentó la media de edad más alta siendo esta de 46,7 años, mientras que Extremadura registró la media de edad más baja con 41,8 años.

DISCUSIÓN

Se revela un aumento en la demanda de ayuda por problemas de salud mental durante el confinamiento, reflejado en el incremento de las bajas laborales por estas causas en España. Se observó una prevalencia similar de Trastorno de Ansiedad Generalizada en ambos sexos, sugiriendo un impacto generalizado de la pandemia en la ansiedad, independientemente del género. Factores como la incertidumbre, el miedo al contagio y los cambios en la rutina diaria podrían haber contribuido al aumento de los síntomas de ansiedad durante este período. La identificación temprana de los síntomas de ansiedad y el acceso a intervenciones terapéuticas adecuadas son fundamentales para mitigar el impacto negativo en la salud mental de los trabajadores. Además, se observó una prevalencia significativa del Trastorno Adaptativo con Alteración de la Conducta (TAAC) y el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), lo que indica una amplia gama de trastornos mentales experimentados durante el confinamiento.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Hay implicaciones a nivel individual, organizacional y social. La gestión eficaz de la salud mental en el lugar de trabajo no solo beneficia a los empleados en términos de bienestar personal y rendimiento laboral, sino que también puede contribuir a la productividad general de la empresa y a la resiliencia de la sociedad en su conjunto.

La identificación temprana, la implementación de intervenciones adecuadas y el apoyo continuo son aspectos clave para promover un entorno laboral saludable y productivo.

Palabras clave: Salud Mental, Covid, Incapacidad Temporal Laboral, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social

Bibliografía:

- ¹ Oliver N, Barber X, Roomp K, Roomp K. Assessing the Impact of the COVID-19 Pandemic in Spain: Large-Scale, Online, Self-Reported Population Survey. *J Med Internet Res.* 2020;22(9):e21319. DOI: 10.2196/21319. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32870159>
- ² Actualización a 17 de junio de 2020 de las instrucciones aclaratorias relativas a los procesos de Incapacidad Temporal emitidos a los Trabajadores Especialmente Sensibles por especial vulnerabilidad frente al Coronavirus SARS- CoV-2. Sociedad Española de Médicos Generales y de familia [sede Web]. Madrid: SEMG Madrid [citado 18 jun 2020]. Covid 19. Disponible en: <https://bit.ly/3AssgkX>
- ³ Buitrago-Ramírez F, Ciurana-Misol R, Fernández-Alonso MC, Luis-Tizón J. Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *AtenPrimaria.* 2021;53(1):89-101. DOI: 10.1016/j.aprim.2020.06.006. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.006>
- ⁴ Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020 Apr;74(4):281-2. PubMed PMID: 32034840. Epub 2020/02/09. eng.
- ⁵ Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry.* 2020 Mar;7(3):228-9. PubMed PMID: 32032543. PMCID: PMC7128153. Epub 2020/02/08. eng.
- ⁶ S.K. Brooks, R.K. Webster, L.E. Smith, L. Woodland, S. Wessely, N. Greenberg, G.J. Rubin The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395 (2020), pp. 912-920, 10.1016/S0140-6736(20)30460-8 1
- ⁷ S. Pappa, V. Ntella, T. Giannakas, V.G. Giannakoulis, E. Papoutsis, P. Katsaounou. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain. Behav. Immun.* (2020), 10.1016/j.bbi.2020.05.026

Comunicaciones orales: Envejecimiento y fragilidad / Oral communications: Ageing and frailty

Mejora de las habilidades cognitivas y de salud en personas mayores de 60 años tras realizar entramiento cognitivo con la App de Cognifit®

ID Comunicación: 30
Tipo de comunicación: Oral

Barroso Corroto, E.; Carmona Torres, J. M.; Mazoterías Pardo, V.; Santacruz Salas, E.; Cobo Cuenca, A. I.; Rodríguez Cañamero, S.; Laredo Aguilera, J. A.

Introducción/Justificación: El proceso de envejecimiento normal conlleva cambios neurocognitivos relacionados con la edad como son cambios en la velocidad de procesamiento de la información, memoria de trabajo y función cognitiva ejecutiva. Este deterioro cognitivo se puede prevenir a través de cambios en el estilo de vida y a través de entrenamiento cognitivo.

Objetivo: Conocer los beneficios del entrenamiento cognitivo a través de Cognifit® en personas mayores de 60 años.

Metodología: estudio cuasi experimental pre-test post-test con grupo control desde octubre de 2022 a mayo de 2023. La población de referencia fueron las personas mayores de 60 años residentes en la ciudad de Toledo (España). Los participantes del grupo intervención realizaron un programa de entrenamiento cognitivo personalizado en sus domicilios de 36 sesiones durante 12 semanas a través de sus dispositivos electrónicos a través de la App de Cognifit®. Se analizaron variables sociodemográficas y relacionadas con la salud de los participantes, y también se realizó una evaluación de los fallos de memoria, evaluación cognitiva de Montreal y la evaluación cognitiva de Cognifit®.

Resultados: tras la intervención se observaron cambios significativos positivos en la puntuación global del cuestionario de Cognifit® ($p < 0.001$) y en la evaluación cognitiva de Montreal ($p = 0.048$) en el grupo de intervención. A pesar de ello no se observaron diferencias significativas en el cuestionario de fallos de memoria diarios en el grupo de intervención, mientras que el grupo control empeoró de forma significativa ($p = 0.003$).

Discusión: Las enfermeras deben saber como prevenir los problemas cognitivos y como promover la salud de las personas mayores para mantener su autonomía y su salud física y mental. Por ello, es importante que conozcan los beneficios de estos entrenamientos cognitivos e implementen su uso para ayudar a las personas mayores a mantener un buen estado de salud a nivel cognitivo.

Conclusión: se encontraron efectos positivos del entrenamiento cognitivo en personas mayores de 60 años de edad tras 8 semanas de intervención, mejorando significativamente las habilidades cognitivas y cognitivas y reduciendo los fallos de memoria.

Palabras clave: envejecimiento, problemas cognitivos, entrenamiento cognitivo, personas mayores, envejecimiento activo,

Bibliografía:

¹ WHO. World Health Organization. 2022 [cited 2023 Oct 4]. Envejecimiento y salud. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

² Murman DL. The Impact of Age on Cognition. *Semin Hear.* 2015 Aug 1;36(3):111–21.

³ Harada CN, Natelson Love MC, Triebel KL. Normal Cognitive Aging. *Clin Geriatr Med.* 2013 Nov 1;29(4):737–52.

⁴ Tapia JL, Rocabado F, Duñabeitia JA. Cognitive estimation of speed, movement and time across the lifespan. *J Integr Neurosci [Internet].* 2022 Jan 1 [cited 2023 Oct 5];21(1):10. Available from: <https://www.imrpress.com/journal/JIN/21/1/10.31083/j.jin2101010/htm>

⁵ Sabbagh MN, Perez A, Holland TM, Boustani M, Peabody SR, Yaffe K, et al. Primary prevention recommendations to reduce the risk of cognitive decline. *Alzheimer's & Dementia [Internet].* 2022 Aug 1 [cited 2023 Oct 10];18(8):1569–79. Available from:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/alz.12535>

⁶ Ma L, Chan P. Understanding the Physiological Links Between Physical Frailty and Cognitive Decline. *Aging Dis.* 2020 Mar 9;11(2):405–18.

⁷ Wilson RS, Boyle PA, Segawa E, Yu L, Begeny CT, Anagnos SE, et al. The Influence of Cognitive Decline on Well Being in Old Age. *Psychol Aging.* 2013;28(2):304.

⁸ Lee S, Ho Chung J. The association between subjective cognitive decline and quality of life: A population-based study. *Journal of Clinical Neuroscience.* 2022 Apr 1;98:60–5

⁹ Nguyen L, Murphy K, Andrews G. A Game a Day Keeps Cognitive Decline Away? A Systematic Review and Meta-Analysis of Commercially-Available Brain Training Programs in Healthy and Cognitively Impaired Older Adults. *Neuropsychol Rev.* 2022 Sep;32(3):601–30.

¹⁰ Gigler KL, Blomeke K, Shatil E, Weintraub S, Reber PJ. Preliminary evidence for the feasibility of at-home online cognitive training with older adults. *Gerontechnology.* 2013 Jan;12(1):26

¹¹ Peretz C, Korczyn AD, Shatil E, Aharonson V, Birnboim S, Giladi N. Computer-Based, Personalized Cognitive Training versus Classical Computer Games: A Randomized Double-Blind Prospective Trial of Cognitive Stimulation. *Neuroepidemiology [Internet].* 2011 Apr 1 [cited 2023 Oct 13];36(2):91–9. Available from: <https://dx.doi.org/10.1159/000323950>

¹² Shatil E. Does combined cognitive training and physical activity training enhance cognitive abilities more than either alone? A four-condition randomized controlled trial among healthy older adults. *Front Aging Neurosci.* 2013;5(MAR).

¹³ Liu X, Xia X, Hu F, Hao Q, Hou L, Sun X, et al. The mediation role of sleep quality in the relationship between cognitive decline and depression. *BMC Geriatr [Internet].* 2022 Dec 1 [cited 2023 Oct 11];22(1):1–12. Available from: <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-02855-5>

¹⁴ Sanchez-Castañeda C, Luis-Ruiz S, Ramon-Krauel M, Lerin C, Sanchez C, Miró N, et al. Executive Function Training in Childhood Obesity: Food Choice, Quality of Life, and Brain Connectivity (TOUCH): A Randomized Control Trial Protocol. *Front Pediatr.* 2021 Feb 24;9:551869

¹⁵ Bahar-Fuchs A, Barendse MEA, Bloom R, Ravona-Springer R, Heymann A, Dabush H, et al. Computerized Cognitive Training for Older Adults at Higher Dementia Risk due to Diabetes: Findings From a Randomized Controlled Trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2020 Mar;75(4):747.

¹⁶ Bloom R, Schnaider-Beeri M, Ravona-Springer R, Heymann A, Dabush H, Bar L, et al. Computerized cognitive training for older diabetic adults at risk of dementia: Study protocol for a randomized controlled trial. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions.* 2017 Nov 1;3(4):636–50.

¹⁷ Arora G, Milani C, Tanuseputro P, Tang P, Jeong A, Kobewka D, et al. Identifying predictors of cognitive decline in long-term care: a scoping review. *BMC Geriatr [Internet].* 2023 Dec 1 [cited 2023 Oct 11];23(1):1–9. Available from: <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-023-04193-6>

¹⁸ Lee JH, Sung J, Choi MK. The factors associated with subjective cognitive decline and cognitive function among older adults. *J Adv Nurs [Internet].* 2020 Feb 1 [cited 2023 Oct 11];76(2):555–65. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.14261>

¹⁹ Hayajneh AA, Rababa M, Alghwiri AA, Masha'al D. Factors influencing the deterioration from cognitive decline of normal aging to dementia among nursing home residents. *BMC Geriatr [Internet].* 2020 Dec 1 [cited 2023 Oct 11];20(1):1–9. Available from: <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-01875-3>

²⁰ Gigler KL, Blomeke K, Shatil E, Weintraub S, Reber PJ. Preliminary evidence for the feasibility of at-home online cognitive training with older adults. *Gerontechnology.* 2013 Jan 1;12(1):26.

²¹ Yaneva A, Massaldjieva R, Mateva N. Initial Adaptation of the General Cognitive Assessment Battery by Cognifit™ for Bulgarian Older Adults. *Exp Aging Res.* 2022;48(4):336–50.

²² Shatil E. Does combined cognitive training and physical activity training enhance cognitive abilities more than either alone? A four-condition randomized controlled trial among healthy older adults. *Front Aging Neurosci.* 2013;5(MAR).

²³ Delgado C, Araneda A, Behrens MI. Validation of the Spanish-language version of the Montreal Cognitive Assessment test in adults older than 60 years. *Neurologia.* 2019 Jul;34(6):376–85.

²⁴ Montejo P, Montenegro M, Fernández-Blázquez MA, Turrero-Nogués A, Yubero R, Huertas E, et al. Association of perceived health and depression with older adults' subjective memory complaints: contrasting a specific questionnaire with general complaints questions. *Eur J Ageing [Internet].* 2014 Mar 13 [cited 2023 Oct 24];11(1):77–87. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-013-0286-4>

²⁵ Vinsalia T, Handajani YS. Life satisfaction is the most significant determinant of quality of life in the elderly. *Universa Medicina [Internet].* 2021 Jan 5 [cited 2023 Oct 29];40(1):14–21. Available from: <https://univmed.org/ejurnal/index.php/medicina/article/view/1037>

Otros aspectos:

Intervenciones multidisciplinares domiciliarias y calidad de vida en mayores frágiles: revisión sistemática y metaanálisis

ID Comunicación: 109

Tipo de comunicación: Oral

Ruiz-Grao, M. C.; Lucerón-Lucas-Torres, M. I.; Guzmán-Pavón, M. J.; Lorenzo-García, P.; Priego-Jiménez, S.

Título: *Multidisciplinary home-based interventions and quality of life among frail older adults: systematic review and meta-analysis/ Intervenciones multidisciplinares domiciliarias y calidad de vida en mayores frágiles: revisión sistemática y metaanálisis*

Autoría: Marta Carolina Ruiz Grao*, Maribel Lucerón Lucas-Torres, María José Guzmán Pavón, Patricia Lorenzo García, Susana Priego Jiménez

*Facultad de Enfermería de Albacete. Universidad de Castilla-La Mancha. Grupo de investigación AGE-ABC UCLM.

Palabras clave

Fragilidad, adulto mayor, intervenciones multidisciplinares, hogar, calidad de vida

Objetivo del estudio

Determinar el efecto de las Intervenciones desarrolladas en el hogar por equipos multidisciplinares (IDHEMs) de profesionales sanitarios en relación a calidad de vida entre adultos mayores frágiles.

Métodos

Criterios de inclusión/exclusión de los estudios

Se incluyeron ensayos clínicos randomizados, en los que se desarrollaron IDHEMs y cuyos participantes fueron considerados como adultos mayores frágiles. Se consideraron IDHEMs: cuidados de transición (transitional care), gestión de casos (case management), hospital en el hogar/domicilio (Hospital at home), y otro tipo de intervenciones "mixtas" que incluyeron diversas intervenciones de las mencionadas, o bien un tipo diferente a las previamente mencionadas (ej. programas de ejercicio físico domiciliario); desarrolladas por equipos multidisciplinares de salud (enfermeras, médicos, generalistas, geriatras, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.).

Plan y estrategia de búsqueda.

Se realizó una revisión sistemática hasta noviembre de 2023, guiada por la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) y siguiendo las recomendaciones del Manual Cochrane for Systematic Reviews of Interventions. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Scopus, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Web of Science, y Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

Métodos para selección de los estudios y evaluación de la calidad de los estudios seleccionados.

El riesgo de sesgos de los estudios se evaluó mediante la herramienta Cochrane para la evaluación del riesgo (RoB 2.0), y la calidad de la evidencia se evaluó con la herramienta Grading of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation (GRADE).

Métodos para extraer y sintetizar los datos de la revisión.

Se empleó una tabla ad hoc para la extracción de datos. La extracción de datos y la evaluación del riesgo de sesgos de los estudios fue realizada por dos investigadores independientes. El pooled diferencia de medias estandarizada (DME) y su intervalo de confianza (IC) al 95% se calculó para calidad de vida. Se realizaron análisis de subgrupos según tipo de

intervención, tipo de control y evaluación del riesgo de sesgo. Se llevaron a cabo meta-regresiones según duración de la intervención, media de edad del grupo intervención y porcentaje de mujeres en el grupo intervención

Resultados

27 estudios fueron incluidos en la revisión sistemática. La DME para el efecto de las IDHEMs en la calidad de vida fue de 0,08 (95%CI: -0.02 a 0.17; I²=60,7%). El análisis de subgrupos mostró que el tipo de intervención, tipo de control y la evaluación del riesgo de sesgo, no modificaron esta DME. Las meta-regresiones mostraron que la duración de la intervención, la edad media del grupo intervención y el porcentaje de mujeres en el grupo intervención tampoco influyeron en al DME.

Discusión

Las IDHEMs no parecen mejorar la calidad de vida en adultos mayores frágiles o considerados frágiles. Sin embargo, la evidencia permanece incierta actualmente y, por tanto, nuestros datos deben ser cuidadosamente interpretados en la toma de decisiones por parte de los gestores políticos a la hora de plantear intervenciones destinadas a la evitación del abandono de los hogares en población mayor frágil bajo políticas sociosanitarias de cuidados integrados.

Referencias bibliográficas

Berntsen GKR, Dalbakk M, Hurley JS et al. Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity score-matched controlled trial. *BMC Health Serv Res.* 2019 Oct 3;19(1):682. doi: 10.1186/s12913-019-4397-2.

Caplan GA, Coconis J, Board N, Sayers A, Woods J. Does home treatment affect delirium? A randomised controlled trial of rehabilitation of elderly and care at home or usual treatment (The REACH-OUT trial). *Age Ageing.* 2006 Jan;35(1):53-60. doi: 10.1093/ageing/afi206.

Casas-Herrero Á, Sáez de Asteasu ML, Antón-Rodrigo I et al. Effects of Vivifrail multicomponent intervention on functional capacity: a multicentre, randomized controlled trial. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2022 Apr;13(2):884-893. doi: 10.1002/jcsm.12925.

Courtney M, Edwards H, Chang A et al. Fewer emergency readmissions and better quality of life for older adults at risk of hospital readmission: a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a 24-week exercise and telephone follow-up program. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Mar;57(3):395-402. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02138.x. Epub 2009 Feb 23.

Dalby DM, Sellors JW, Fraser FD et al. Effect of preventive home visits by a nurse on the outcomes of frail elderly people in the community: a randomized controlled trial. *CMAJ.* 2000 Feb 22;162(4):497-500.

Ekdahl AW, Alwin J, Eckerblad J et al. Long-Term Evaluation of the Ambulatory Geriatric Assessment: A Frailty Intervention Trial (AGe-FIT): Clinical Outcomes and Total Costs After 36 Months. *J Am Med Dir Assoc.* 2016 Mar 1;17(3):263-8. doi: 10.1016/j.jamda.2015.12.008.

Gagnon AJ, Schein C, McVey L, Bergman H. Randomized controlled trial of nurse case management of frail older people. *J Am Geriatr Soc.* 1999 Sep;47(9):1118-24. doi: 10.1111/j.1532-5415.1999.tb05238.x.

Gilbert T, Occelli P, Rabilloud M et al. A Nurse-Led Bridging Program to Reduce 30-Day Readmissions of Older Patients Discharged From Acute Care Units. *J Am Med Dir Assoc.* 2021 Jun;22(6):1292-1299.e5. doi: 10.1016/j.jamda.2020.09.015.

Lembeck MA, Thygesen LC, Sørensen BD, Rasmussen LL, Holm EA. Effect of single follow-up home visit on readmission in a group of frail elderly patients - a Danish randomized clinical trial. *BMC Health Serv Res.* 2019 Oct 25;19(1):751. doi: 10.1186/s12913-019-4528-9.

Lindhardt T, Loevgreen SM, Bang B, Bigum C, Klausen TW. A targeted assessment and intervention at the time of discharge reduced the risk of readmissions for short-term hospitalized older patients: a randomized controlled study. *Clin Rehabil.* 2019 Sep;33(9):1431-1444. doi: 10.1177/0269215519845032.

Mogensen CB, Ankersen ES, Lindberg MJ et al. Admission rates in a general practitioner-based versus a hospital specialist

based, hospital-at-home model: ACCESS, an open-labelled randomised clinical trial of effectiveness. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2018 Apr 5;26(1):26. doi: 10.1186/s13049-018-0492-3.

Parsons M, Senior H, Kerse N et al. Randomised trial of restorative home care for frail older people in New Zealand. *Nurs Older People.* 2017 Aug 31;29(7):27-33. doi: 10.7748/nop.2017.e897.

Sahota O, Pulikottil-Jacob R, Marshall F et al. The Community In-reach Rehabilitation and Care Transition (CIRACT) clinical and cost-effectiveness randomisation controlled trial in older people admitted to hospital as an acute medical emergency. *Age Ageing.* 2017 Jan 6;46(1):26-32. doi: 10.1093/ageing/afw149.

Sandberg M, Kristensson J, Midlöv P, Jakobsson U. Effects on healthcare utilization of case management for frail older people: a randomized controlled trial (RCT). *Arch Gerontol Geriatr.* 2015 Jan-Feb;60(1):71-81. doi: 10.1016/j.archger.2014.10.009.

Schapira M, Outumuro MB, Giber F et al. Geriatric co-management and interdisciplinary transitional care reduced hospital readmissions in frail older patients in Argentina: results from a randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res.* 2022 Jan;34(1):85-93. doi: 10.1007/s40520-021-01893-0.

Senior HE, Parsons M, Kerse N et al. Promoting independence in frail older people: a randomised controlled trial of a restorative care service in New Zealand. *Age Ageing.* 2014 May;43(3):418-24. doi: 10.1093/ageing/afu025.

Suikkanen SA, Soukkio PK, Aartolahti EM et al. Effects of Home-Based Physical Exercise on Days at Home and Cost-Effectiveness in Pre-Frail and Frail Persons: Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc.* 2021 Apr;22(4):773-779. doi: 10.1016/j.jamda.2020.06.005.

Thygesen LC, Fokdal S, Gjørup T, Taylor RS, Zwisler AD; Prevention of Early Readmission Research Group. Can municipality-based post-discharge follow-up visits including a general practitioner reduce early readmission among the fragile elderly (65+ years old)? A randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care.* 2015 Jun;33(2):65-73. doi: 10.3109/02813432.2015.1041831.

Jacobsohn GC, Jones CMC, Green RK et al. Effectiveness of a care transitions intervention for older adults discharged home from the emergency department: A randomized controlled trial. *Acad Emerg Med.* 2022 Jan;29(1):51-63. doi: 10.1111/acem.14357.

Jepma P, Verweij L, Buurman BM et al. The nurse-coordinated cardiac care bridge transitional care programme: a randomised clinical trial. *Age Ageing.* 2021 Nov 10;50(6):2105-2115. doi: 10.1093/ageing/afab146.

Liang HY, Hann Lin L, Yu Chang C, Mei Wu F, Yu S. Effectiveness of a Nurse-Led Tele-Homecare Program for Patients With Multiple Chronic Illnesses and a High Risk for Readmission: A Randomized Controlled Trial. *J Nurs Scholarsh.* 2021 Mar;53(2):161-170. doi: 10.1111/jnu.12622

Shepperd S, Butler C, Craddock-Bamford A et al. Is Comprehensive Geriatric Assessment Admission Avoidance Hospital at Home an Alternative to Hospital Admission for Older Persons? : A Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2021 Jul;174(7):889-898. doi: 10.7326/M20-5688.

Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998;316(7141):1348-51. doi: 10.1136/bmj.316.7141.1348

Bleijenberg N, Drubbel I, Schuurmans MJ, Dam HT, Zuithoff NP, Numans ME, et al. Effectiveness of a proactive primary care program on preserving daily functioning of older people: a cluster randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2016;64(9):1779-88. doi: 10.1111/jgs.14325

Leung AC, Yau DC, Liu CP, Yeoh CS, Chui TY, Chi I, et al. Reducing utilisation of hospital services by case management: a randomised controlled trial. *Australian Health Review* 2004;28(1):79-86. doi: 10.1071/ah040079

Melis RJ, van Eijken MI, Teerenstra S, van Achterberg T, Parker SG, Borm GF, et al. A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). *Journals of Gerontology: Series A* 2008;63(3):283-90. doi: 10.1093/gerona/63.3.283

Spoorenberg SLW, Wynia K, Uittenbroek RJ, Kremer HPH, Reijneveld SA. Effects of a population-based, person-centred and integrated care service on health, wellbeing and self-management of community-living older adults: A randomised controlled trial on Embrace. PLoS One 2018;13(1):e0190751. doi: 10.1371/journal.pone.0190751

El presente proyecto se haya registrado en PROSPERO

Tiene la aprobación del Comité de ética clínica correspondiente: no aplica

Los autores manifiestan no tener conflicto de intereses.

Los autores declaran no haber utilizado inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: Fragilidad, adulto mayor, intervenciones multidisciplinarias, hogar, calidad de vida

Cribado de valoración de disfagia en personas mayores ingresadas en unidades de hospitalización. PROYECTO NUTRIFAG.

ID Comunicación: 409

Tipo de comunicación: Oral

Castillo García, T.; Llagostera-Reverter, I.; Carretero Randez, C.; de la Fuente Gómez, C.; Enguix Bou, P.; El Khattabi Ofkir, Y.; Hurtado Sole, C.; Nutrifag, G. N.; Orts Cortes, M. I.

Cribado de valoración de disfagia en personas mayores ingresadas en unidades de hospitalización. PROYECTO NUTRIFAG.

1 María Trinidad Castillo García, 2 Irene Llagostera-Reverter, 3 Cristina Carretero Randez, 4 Clara de la Fuente Gómez, 5 Purificación Enguix Bou, 6 Yesmina El Khattabi Ofkir, 7 Cristina Hurtado Sole, 8 Grupo NUTRIFAG Nutrifag, 9 María Isabel Orts Cortes.

1 Enfermera. Dietista- Nutricionista. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Universidad de Alicante. ISABIAL-BALMIS. España.

2 RN, MSc, PhD Departamento de Enfermería. Universitat Jaume I. España.

3 Enfermera. Unidad de Neumología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia; Investigadora Predoctoral. Universidad de Alicante (Alicante). Grupo: Infección, Inflamación y Cronicidad (IIS La Fe). Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

4 Enfermera. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. España

5 Enfermera. Unidad de Neurología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España

6 Dietista Nutricionista. Universidad de Lleida. España

7 Enfermera. Supervisora. Unidad de Neurología Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

8 Grupo NUTRIFAG Nutrifag. España.

9 Departamento de enfermería. Universidad de Alicante. ISABIAL. BÁLMIS. CIBERFÉS. Investénisciii. España

Introducción. La disfagia es un síndrome geriátrico poco conocido y diagnosticado (1). Su alta prevalencia hace necesario una detección precoz para evitar sus complicaciones (2).

Objetivo. Identificar qué ítems del instrumento de valoración de sospecha de disfagia son discriminativos y correlacionan con la sospecha y diagnóstico de disfagia.

Métodos. Estudio observacional transversal multicéntrico. La sospecha de disfagia se analizó con el cuestionario Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) y para el diagnóstico el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) (3, 4). Se obtuvo la Correlación de Spearman, regresión lineal múltiple y regresión logística binaria con el coeficiente de determinación pseudo R²- Nagelkerke; $p < 0,05$. Programa SPSS vs 25 y Jamovi v-2.3.2. El proyecto NUTRIFAG (5) cuenta con la aprobación del CEIm de los hospitales incluidos.

Resultados. Muestra 2635 participantes. Las correlaciones fueron altas con los ítems "tragar sólidos me supone un esfuerzo extra" y "tragar líquidos me supone un esfuerzo extra". Para la sospecha de disfagia el Coeficiente de Determinación pseudo R²-Nagelkerke fue 0,845. Sensibilidad=0,843; Especificidad=0,985. Para el diagnóstico, las correlaciones fueron moderadas con el ítem "tragar líquidos me supone un esfuerzo extra" (R²=0,542). Respecto a la predicción del diagnóstico de disfagia, el pseudo R²-Nagelkerke fue de 0,450. Sensibilidad=0,813; Especificidad=0,779.

Discusión/Conclusiones. Los ítems del EAT-10: "tragar es estresante"; "tragar sólidos me supone un esfuerzo extra" y

“tragar líquidos me supone un esfuerzo extra” son los que mejor correlación han obtenido con la puntuación total de sospecha y diagnóstico de disfagia. Incluir estos tres ítems en el meta-instrumento VALENF Instrument(6) facilitará el cribado de valoración de la disfagia.

Tiene la aprobación del Comité de ética clínica de los hospitales incluidos , se ha recabado el consentimiento informado de los participantes. Los autores no tienen conflicto de intereses. No se ha utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: trastornos de la deglución; persona mayor; cuestionario; evaluación en enfermería; cribado.

Bibliografía:

¹ Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, Leners JC, Masiero S, Mateos-Nozal J, Ortega O, Smithard DG, Speyer R, Walshe M. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging*. 2016 Oct 7;11:1403-1428. doi: 10.2147/CIA.S107750. PMID: 27785002; PMCID: PMC5063605.

² Clavé Civit, García Peris. Guía del diagnóstico y del tratamiento nutricional y rehabilitadora de la disfagia orofaríngea. 3.ªed. Barcelona. Ed. Glosa. 2015.

³ Burgos, R., Sarto, B., Seguro, H., Romagosa, A., Puiggrós, C., Vázquez, C., Cárdenas, G., Barcons, N., Araujo, K., & Pérez-Portabella, C. (2012). Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2048- 2054. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6100>

⁴ Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., & Serra-Prat, M. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 27(6), 806–815. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.06.011>

⁵ Carretero-Randez C, Orts-Cortés MI, Rodríguez-Pérez M, Gonzalez-Chordá VM, Trescastro-López EM, Blanco-Blanco J, Martínez-Soldevila J, Ruiz-Heras-Hera A, Castellano-Santana PR, Marquez-Sixto A, Domingo-Pozo M, Zomeño-Ros AI, Montero-Marco J, Charlo-Bernardos M, Moncho J, Abad-González ÁL, Castillo-García MT, Sánchez-García AB, De Pascual Y Medina AM, Clement-Santamaría RA, Franco-Bernal A, Camacho-Bejarano R. Impact of hospitalization on nutritional status in persons aged 65 years and over (NUTRIFRAG Study): Protocol for a prospective observational study. *PLoS One*. 2023 Nov 2;18(11):e0288348. doi: 10.1371/journal.pone.0288348. PMID: 37917648; PMCID: PMC10621802.

⁶ Luna-Aleixos D, Llagostera-Reverter I, Castelló-Benavent X, Aquilué-Ballarín M, Mecho-Montoliu G, Cervera-Gasch Á, et al. Development and Validation of a Meta-Instrument for Nursing Assessment in Adult Hospitalization Units (VALENF Instrument) (Part I). *International Journal Of Environmental Research And Public Health* [Internet]. 8 de noviembre de 2022;19(22):14622. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph192214622>

Otros aspectos:

CRIBADO TELEFÓNICO PRECOZ DE FRAGILIDAD MEDIANTE “VES13” EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN Y GINECOLÓGICO MAYORES DE 75 AÑOS

ID Comunicación: 5
Tipo de comunicación: Oral

CABRERA JAIME, S.; HERNANDEZ MARFIL, A.; ADAMUZ TOMAS, J.; SANCHEZZ MARTIN, S.

Objetivo: Determinar la incidencia de paciente frágil y grado de adaptación de las estrategias terapéuticas establecidas tras la implantación de un protocolo de detección de riesgo de fragilidad mediante el cribaje telefónico precoz con Vulnerable Elders Survey 13 score (VES13), por la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), en pacientes >75 años diagnosticados de cáncer de pulmón o ginecológico.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en 362 pacientes >75 años afectados de cáncer de pulmón o ginecológico, los cuales recibieron cribaje de fragilidad telefónico por la enfermera de práctica avanzada antes de la primera visita en la Unidad Funcional. Las variables principales fueron el grado de fragilidad SIOG, fragilidad VES13, tipo de tratamiento oncológico estándar y final, finalización del tratamiento, sociodemográficas y comorbilidad. Recogida de datos secundarios procedentes de la historia clínica electrónica.

Resultados: Un total de 362 pacientes fueron incluidos tras recibir cribado telefónico VES13 por EPA. Edad media de 80,8±4,1 (R:75-94), hombres el 58,8% (213). El cáncer de pulmón fue el motivo de derivación para el 74,9% (271) de los pacientes cribados. La detección de fragilidad previa a la vista multidisciplinar fue del 51,4% (186) mediante cribaje telefónico (VES13), con una confirmación de fragilidad por la Geriatric risk profile by Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) en la visita del 43,4% (157) con un Coeficiente kappa de Cohen de 0,840 (muy bueno). El VES13 mostró una asociación positiva entre la detección de fragilidad y nivel de adaptación de tratamiento [OR: 1,944; 95%CI:1,277-2,990]. El 55,5% (201) de los pacientes recibieron adaptación del tratamiento convencional, la adaptación del tratamiento estándar inicial presentó diferencias estadísticamente significativas según grado de fragilidad CGA ($p=0,008$). Los pacientes con mayores factores de comorbilidad, fragilidad y síndromes geriátricos precisaron mayor readaptación del tratamiento para su finalización ($p<0,001$).

Discusión: La implantación del screening de fragilidad telefónico precoz por la enfermera de práctica avanzada presentó una alta aplicabilidad, con una alto grado de concordancia en los niveles de fragilidad detectados previos a la visita y la posterior valoración geriátrica.

Palabras clave: frailty, cancer, oncogeriatrics, comprehensive geriatric assessment, advanced practice nurse.

Bibliografía:

- ¹ Garcia MV, Agar MR, Soo WK, To T, Phillips JL. Screening Tools for Identifying Older Adults With Cancer Who May Benefit From a Geriatric Assessment: A Systematic Review. *JAMA Oncol.* 2021 Apr 1;7(4):616-627.
- ² Utne I, Cooper BA, Ritchie C, Wong M, Dunn LB, Loyland B, et al. Co-occurrence of decrements in physical and cognitive function is common in older oncology patients receiving chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs.* 2020 Oct;48:101823.
- ³ Jespersen E, Winther SB, Minet LR, Möller S, Pfeiffer P. Frailty screening for predicting rapid functional decline, rapid progressive disease, and shorter overall survival in older patients with gastrointestinal cancer receiving palliative chemotherapy - a prospective, clinical study. *J Geriatr Oncol.* 2021 May;12(4):578-584.
- ⁴ Bréchémier D, Sourdet S, Girard P, Steinmeyer Z, Mourey L, Gérard S, et al. Use of comprehensive geriatric assessment (CGA) to define frailty in geriatric oncology: Searching for the best threshold. Cross-sectional study of 418 old patients with cancer evaluated in the Geriatric Frailty Clinic (G.F.C.) of Toulouse (France). *J Geriatr Oncol.* 2019 Nov;10(6):944-950.
- ⁵ Decoster L, Van Puyvelde K, Mohile S, Wedding U, Basso U, Colloca G, et al. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations. *Ann Oncol.* 2015 Feb;26(2):288-300.
- ⁶ Blodgett JM, Pérez-Zepeda MU, Godin J, Kehler DS, Andrew MK, Kirkland S, et al. Prognostic accuracy of 70 individual frailty

biomarkers in predicting mortality in the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Geroscience*. 2024 Jan 6.

⁷ Lycke M, Pottel L, Boterberg T, Ketelaars L, Wildiers H, Schofield P, et al. Integration of geriatric oncology in daily multidisciplinary cancer care: the time is now. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2015 Mar;24(2):143-6.

⁸ Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, Antonio M, Arribas L, Vilajosana E, et al. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Front Oncol*. 2020 Mar 20;10:85.

⁹ Almugbel FA, Timilshina N, AlQurini N, Loucks A, Jin R, Berger A, et al. Role of the vulnerable elders survey-13 screening tool in predicting treatment plan modification for older adults with cancer. *J Geriatr Oncol*. 2021 Jun;12(5):786-792.

¹⁰ Corre R, Greillier L, Le Caër H, Audigier-Valette C, Baize N, Bérard H, et al. Use of a Comprehensive Geriatric Assessment for the Management of Elderly Patients With Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: The Phase III Randomized ESOGIA-GFPC-GECP 08-02 Study. *J Clin Oncol*. 2016 May 1;34(13):1476-83.

¹¹ Wang J, Lin W, Chang LH. The linear relationship between the Vulnerable Elders Survey-13 score and mortality in an Asian population of community-dwelling older persons. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018 Jan;74:32-38.

Otros aspectos:

Comunicaciones orales: Procesos crónicos II / Oral communications: Chronic processes II

Análisis de las condiciones de seguridad del paciente y del equipo de enfermería en una unidad de terapia metabólica

ID Comunicación: 408
Tipo de comunicación: Oral

Maillo de Pablo, R. E.; Galve, M.; López Jimenez, R.

INTRODUCCIÓN: La Terapia metabólica desde hace años, es utilizada en pacientes con Cáncer papilar o folicular de tiroides, mediante tratamiento radioisotópico con Iodo (I131). Posteriormente y en el caso de tumores neuroendocrinos (páncreas), con Lutecio (Lu177). Recientemente, se están llevando a cabo ensayos clínicos en el tratamiento de cáncer de próstata metastásico y cáncer de pulmón, con Lutecio (Lu177)

La administración de este tipo de tratamiento, requiere el ingreso en la Unidad de Terapia Metabólica y el aislamiento del paciente de dos a cuatro días en habitaciones acondicionadas según los protocolos del Consejo de Seguridad Nuclear. Por ello, dicha Unidad tiene un equipamiento específico, con una zona de recepción de dosis hasta el momento de la administración, una zona de recogida y evacuación de residuos radiactivos, un cuarto de baño en cada habitación con inodoro adaptado para recogida y eliminación de excretas. Las puertas son plomadas, y en cada habitación hay una pantalla plomada que sirve de protección al personal sanitario una vez que el paciente ha recibido el tratamiento.

Las dosis administradas en los tratamientos con I131 varían entre 30 milicurios (mCi) y 200 mCi. y en los tratamientos con Lu177, 200 mCi.

Una vez que el paciente ha recibido el tratamiento, la mayor parte de la actividad es eliminada por la orina, excretas, sudor y saliva en las primeras 48 h.

Por ello, es imprescindible para la seguridad del paciente y la del equipo de enfermería de la Unidad de Terapia Metabólica (UTM), el cumplimiento de las normas de protección radiológica (NPR) explicadas en el momento del ingreso.

OBJETIVOS

Generales: Analizar los factores que influyen en la seguridad del paciente y el equipo de enfermería durante el ingreso. Comprobar el nivel de contaminación de la habitación al alta del paciente

Específicos: Determinar dosis/radiofármaco administrado. Describir las características sociodemográficas. Valorar el estado cognitivo y de atención/comprensión por parte del paciente, de las normas de protección radiológica dadas al ingreso por el equipo de enfermería.

METODOLOGÍA Para llevar a cabo los objetivos, se desarrolló un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, transversal desde 1/1/2024 a 31/5/2024 en la Unidad de Terapia Metabólica. Fueron asignados al estudio todos los pacientes ingresados, y los profesionales de enfermería asignados a UTM

Criterios de inclusión: Pacientes tratados con radioisótopos (I131 y Lu177)), que firman el consentimiento informado y el personal de enfermería que han querido participar en el estudio

Criterios de exclusión: No completar tratamiento por empeoramiento/éxito.

Las variables estudiadas fueron: Número de pacientes ingresados en la Unidad de Terapia Metabólica , número de habitaciones contaminadas radiactivamente al alta, edad, trastornos de percepción sensorial, dificultad en la deambulación, ansiedad por el aislamiento en la Unidad manifestada verbalmente, incontinencia urinaria de los paciente y tipo de

radiofármaco/dosis administrado.

Para el registro y procesado de los datos se utilizó una base de datos específica para este estudio en Excel (v16.16.27 201012). Se realizó análisis estadístico descriptivo con frecuencia y medias para variables con distribución normal y porcentajes para variables discretas

RESULTADOS: Se incluyeron en el estudio 88 pacientes. 50 de ellos eran > 55 años, 25 refirieron que la situación de aislamiento durante el ingreso les generaba ansiedad. 12 de ellos tenían trastornos de percepción sensorial como ceguera e hipoacusia. 10 de ellos incontinencia urinaria y 8 presentaban dificultad para deambular.

En cuanto a las dosis de radiofármaco administradas, 75 de ellas fueron ≥ 100 mCi.

Tras el alta del paciente y una vez limpiadas las habitaciones según el protocolo de la Unidad, el 20 % de las habitaciones quedaron contaminadas radiactivamente y tras el análisis de las variables a estudio que influyeron en ello, se comprobó que el 100% de los pacientes ingresados en dichas habitaciones, habían recibido como tratamiento, una dosis ≥ 100 mCi, el 10% tenía incontinencia urinaria y dificultad para la deambulación, el 8% trastornos de la percepción sensorial y el 100% eran > 55 años.

Al 100% se dio la información de las normas de protección radiológica de forma escrita y oral. Los puntos importantes dentro de estas normas son: 1) Limitar el tiempo de los profesionales en la habitación del paciente 2) Permanecer a la mayor distancia posible del paciente si estamos en la habitación, 3) Siempre que se pueda, el personal sanitario se colocará detrás de la pantalla plomada. 4) Cuando vaya al baño, el paciente se colocará guantes y se sentará en el inodoro al miccionar, evitando así la contaminación del inodoro y el suelo del baño. 5) Generar el menor residuo posible de ropa de cama, toallas y residuos contaminados.

DISCUSIÓN: No podemos comparar estos resultados con otros estudios encontrados en la literatura, ya que la escasez de los mismos nos conduce a pensar que no se da en la práctica clínica la importancia suficiente a los factores que hemos analizado y que pueden aumentar la contaminación de la habitación utilizada por el paciente, poniendo así en riesgo su seguridad y la de los profesionales.

IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA

- Transmitir las normas de protección radiológica de forma sistemática oral y escrita en el momento del ingreso del paciente. Por ello, es imprescindible trabajar con el equipo de cuidados, las características de la información y las habilidades de comunicación adaptadas a la situación cognitiva y de ansiedad que puede producir el aislamiento, el nivel educativo y la edad
- Implementar folleto en formato tríptico gráfico con las normas de protección radiológica y planificar estudio prospectivo en 2º semestre 2024.

Palabras clave: Ingreso Terapia Metabólica Seguridad del paciente y profesionales de enfermería Normas protección radiológica Tratamiento con radioisótopos Contaminación radiactiva

Bibliografía:

¹ Tratamiento con yodo radiactivo en patología tiroidea - Medwave <https://www.medwave.cl/2001-2011/2455.html>

² - SEFM. Sociedad española de Física Médica

https://www.sefm.es/userfiles/foro_informe_final_i-131.pdf#:~:text=Datos%20para%20la%20estimaci%C3%B3n%20del%20alta%20radiol%C3%B3gica%20del%20paciente.%20Instrucciones

³ Agencia española de medicamentos y productos sanitarios

[https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/70427/FichaTecnica_70427.html#:~:text=FICHA%20TECNICA%20IODURO%20\(I131\)%20DE%20SODIO%20CURIUM%20PHARMA%20SPAIN%2037-7400](https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/70427/FichaTecnica_70427.html#:~:text=FICHA%20TECNICA%20IODURO%20(I131)%20DE%20SODIO%20CURIUM%20PHARMA%20SPAIN%2037-7400)

⁴ FICHA TECNICA LUTATHERA 370 MBQ/ML SOLUCION PARA PERFUSION (aemps.es)

https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/1171226001/FT_1171226001.html

Otros aspectos:

Influencia del estreñimiento en la calidad de vida de personas en hemodiálisis: un análisis multicéntrico

ID Comunicación: 61

Tipo de comunicación: Oral

PARDO VICASTILLO, V.; DE CASTRO DE LA CRUZ, T.; SANZ DE LA TORRE, L.; ANDRINO LLORENTE, M. T.; MARKS ÁLVAREZ, M.; TROCOLÍ GONZÁLEZ, F.

Título: Influencia del estreñimiento en la calidad de vida de personas en hemodiálisis: un análisis multicéntrico.

Autoría: Vanesa Pardo Vicastillo¹ (<https://orcid.org/0000-0002-6486-1382>). Tamara de Castro de la Cruz³ (<https://orcid.org/0009-0006-6862-3783>). Leticia Sanz de la Torre³ (<https://orcid.org/0009-0009-4370-7720>). M^a Teresa Andrino Llorente¹ (<https://orcid.org/000-0002-2902-5098>). Marta Marks Álvarez² (<https://orcid.org/0000-0003-2587-3791>). Filomena Trocolí González² (<https://orcid.org/0000-0003-3829-0296>).

Hospital Universitario de la Princesa (HLPR). Madrid¹. Hospital Universitario de la Paz (HULP). Madrid². Hospital Universitario de Guadalajara (HUGU). Castilla La Mancha³

Objetivos.

Principal. Analizar la influencia que el estreñimiento tiene en la calidad de vida (CV) de personas en hemodiálisis (HD) en tres hospitales de diferente nivel asistencial.

Secundarios:

- Determinar la prevalencia de estreñimiento objetivo mediante la aplicación de los criterios Roma IV (2016).
- Establecer la prevalencia de estreñimiento subjetivo mediante la aplicación de un cuestionario diseñado ad-hoc.
- Analizar las variables con mayor evidencia científica.
- Analizar de manera pormenorizada la CV de los pacientes por hospital, utilizando el cuestionario CVE-20.
- Analizar la relación de dependencia entre la puntuación en el CVE-20 y tener implantada una Guía de Buenas Prácticas (GBP).

Métodos. Se desarrolla un estudio multicéntrico con metodología descriptiva transversal durante el primer trimestre del 2024 en tres unidades de HD, teniendo como hospitales implicados dos de nivel de complejidad III (HLPR y HULP de la Comunidad de Madrid) y uno de nivel II (HUGU de la Comunidad de Castilla la Mancha).

La población en estudio eran las personas que se encontraban en tratamiento activo de HD en los tres hospitales. Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Como criterios de inclusión: mayoría de edad, tratamiento en HD al menos tres meses, aceptación y firma de consentimiento informado (CI). Se excluyeron aquellos que presentaban problemas neuropsicológicos, portadores de ostomía y pérdidas de seguimiento (exitus, trasplantados y cambio de centro).

Principales variables: presencia de estreñimiento de forma objetiva según Criterios Roma IV, subjetiva según percepción del paciente y CV. Se recogieron también la edad, género, tiempo en HD, diuresis media y comorbilidad asociada (diabetes mellitus [DM], hipertensión [HTA], patología gastrointestinal, hipotiroidismo e Índice de Charlson). También se valoraron: tratamiento farmacológico (administración de hierro endovenoso intradiálisis, quelantes del fósforo y potasio, toma de laxantes y consumo de opioides) y si realizaban alguna actividad física o se consideraban sedentarios. Los datos sociodemográficos y clínicos se obtuvieron de la Historia Clínica en formato electrónico y un software de gestión de cuidados de nefrología. Para valorar el estreñimiento objetivo, se aplicaron los Criterios Roma IV, donde debían cumplir al menos dos de los síntomas durante los últimos tres meses para que se considerase estreñimiento funcional (EF). Para el estreñimiento subjetivo, se elaboró un cuestionario diseñado ad hoc, que recogía un conjunto de preguntas específicas, donde se mostraba la definición de EF y a continuación las preguntas: ¿Cree que esta afirmación se corresponde con su situación actual?, ¿Considera que padece estreñimiento?. Para una evaluación más detallada de la CV, se empleó el cuestionario CVE-20, que

mede la CV en pacientes con EF; validado en castellano en 2008, con una fiabilidad de alfa de Cronbach=0,87 y una validez convergente con un coeficiente de Pearson -0,437. Escala autoadministrada tipo Likert de 20 ítems que mide 4 dimensiones: emocional, física-general, física-rectal y social; con una puntuación de 0-20 puntos; no existiendo un punto de corte, donde a mayor puntuación mejor CV.

Los resultados obtenidos fueron procesados por el programa Excel Microsoft 2019-SPSS 28.0, expresados a través de valores absolutos-porcentajes para las variables categóricas; medias-desviación estándar para variables cuantitativas con distribución normal. La comparación entre variables cuantitativas normalmente distribuidas y con varianzas similares en los grupos a comparar, se realizó a través de la t de Student. Para la comparación de porcentajes, el test de Chi-Cuadrado y el análisis unidireccional ANOVA para la comparación de medias entre los tres grupos. Una $p < 0,05$ se consideró significativa.

Resultados. Muestra de 131 pacientes; 60 presentaron EF (45,80%). Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con EF fueron: un 65% (n=39) hombres, edad media de $69,63 \pm 15,63$ años, tiempo medio en HD de $52,11 \pm 46,91$ meses, el 91,66% (n=55) hipertensos, 56,66% (n=34) diabéticos, 28,33% (n=17) presentaron patología digestiva y 11,66% (n=7) hipotiroidismo. Índice de Charlson medio de $6,83 \pm 2,70$ puntos. Un 45% (n=27) sedentarios. Diuresis media de $358,33 \pm 574,61$ ml e ingesta hídrica $1253,33 \pm 819,92$ ml. En cuanto al tratamiento farmacológico: 20% (n=12) tomaban opioides, 65% (n=39) quelantes del fósforo, 45% (n=27) del potasio; 41,66% (n=25) tenían pautados laxantes y 43,33% (n=26) hierro endovenoso. Se encontraron diferencias significativas en las variables: HTA ($p=0,043$), DM ($p=0,009$), laxantes pautados ($p=0,006$) y hierro endovenoso ($p=0,022$). Según el análisis unidireccional ANOVA se obtuvo significación positiva en el subgrupo de EF, en ingesta hídrica ($p < 0,001$) e índice de Charlson ($p < 0,001$). En relación al estreñimiento subjetivo, este fue superior en los pacientes con EF (71,66% $p < 0,001$). Respecto al cuestionario CVE-20, se objetiva una puntuación inferior en los pacientes con EF ($58,55 \pm 16,25$ puntos) frente a los que no lo presentan ($64,63 \pm 14,56$); con diferencias significativas en la puntuación global ($p=0,026$), dimensiones física-general ($p=0,002$) y rectal ($p=0,004$). Al analizar la CV de forma pormenorizada por hospital, se obtuvieron resultados dispares. El HLPR presentó significación estadística en la dimensión física-general ($p=0,001$) y puntuación global ($p=0,040$); el HULP en la dimensión emocional ($p=0,024$), física-general ($p=0,009$), física-rectal ($p=0,001$) y puntuación global ($p=0,003$). El HUGU que tiene implantada la GBP no presentó significación estadística negativa en ninguna dimensión.

Discusión. En personas en HD, el estreñimiento supone una de las afecciones gastrointestinales más frecuentes, alcanzando cifras de hasta un 71,7%, vinculado a factores como la comorbilidad, tratamiento farmacológico, edad avanzada y restricciones hídricas-dietéticas a las que se ven sometidos. Según la Fundación Española del Aparato Digestivo, España es considerado el segundo país europeo con mayor incidencia de EF en población general (12-20%) y una prevalencia de estreñimiento subjetivo en torno al 18,4%. La World Gastroenterology Organization (WGO) emplea el término de EF, definido según Criterios Roma, y destaca que presenta tanto componentes objetivos como subjetivos. Además, la North American Nursing Association (NANDA) recoge el estreñimiento como un diagnóstico enfermero [00011].

En la actualidad, varios estudios llevados a cabo en personas en HD han señalado que el estreñimiento tiene un profundo impacto tanto en la persona como en su entorno, comprometiendo su CV. No obstante, pese al elevado impacto que genera en estas personas, es un problema escasamente investigado y a menudo subestimado. Por lo tanto, se realizó un estudio observacional unicéntrico en la Unidad de HD del HLPR durante el primer trimestre del 2023, que mostró una alta prevalencia de EF (42%) y subjetivo (44,7%) con una pérdida considerable de CV.

Diversos estudios realizados en pacientes en HD muestran una elevada prevalencia de EF en esta población (12,3%-65,8%), además de un mayor porcentaje de estreñimiento subjetivo (46,3%) que la población general. Estos datos son concordantes con los obtenidos en este estudio, donde se obtuvo una elevada prevalencia de estreñimiento objetivo (45,8%) y subjetivo (71,66%).

En relación a las variables analizadas, varios autores describen que algunas de ellas actúan como factores favorecedores clave; incluso han podido demostrar que determinados fármacos, como los opioides, se asocian con presencia de EF. En lo que respecta a nuestros resultados, los laxantes pautados ($p=0,006$), hierro endovenoso ($p=0,022$), HTA ($p=0,043$) y DM ($p=0,009$) se halló una asociación significativa.

En referencia a la percepción de la CV, hay que tener en cuenta que es un concepto abstracto y subjetivo. Nuestros resultados avalan que los pacientes con EF en esta población presentan peor CV. Al comparar los diferentes hospitales, el HUGU que pertenece a una red de Centros Comprometidos con la Excelencia, tiene implantada desde abril del 2023, dentro del proyecto Best Practice Spotlight Organizations (BPSO®), la GBP: "Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos"; no presentó afectación significativa negativa en ninguna de las dimensiones. El BPSO®, denominado

en España como Centros Comprometidos con la Excelencia en los Cuidados (CCEC®), es un proyecto internacional que promueve, desde el abordaje multidisciplinar, la práctica de cuidados basados en la evidencia con la implantación de GBP de la RNAO (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario). Además, algunos investigadores proponen que es necesario desarrollar una guía específica de manejo de estreñimiento para estas personas.

En relación a las limitaciones del estudio, hay que tener en cuenta el tipo de muestreo utilizado por riesgo de sesgo en la selección de la muestra. Por otro lado, la encuesta que se ha utilizado es ad hoc de elaboración propia, por lo que podría perder validez externa. La variabilidad en la percepción del estreñimiento, debido a diferencias culturales, de educación y de entendimiento, podría influir en los resultados obtenidos, afectando la comparabilidad de las respuestas y la validez de las conclusiones sobre el impacto del estreñimiento en la CV.

Para la traslación de los resultados de investigación a la práctica asistencial, se propone que los otros dos hospitales implementen esta GBP de forma libre, o si fuera posible adhiriéndose dentro del proyecto BPSO® o a través del Programa Sumamos Excelencia®. A partir de las encuestas realizadas y determinados los pacientes con EF, se darán recomendaciones de forma individualizada, adaptadas al paciente renal, realizando un seguimiento posterior con valoración anual de la efectividad de estas y su impacto en la CV; destacando la importancia de continuar investigando para fomentar en el paciente una percepción más positiva y mayor satisfacción de los cuidados.

Por todo lo mencionado, este estudio evidenció la alta prevalencia de estreñimiento en estas personas y el impacto negativo en su CV; además, pone de relieve que la implantación de una GBP en el manejo del estreñimiento mejora la percepción de estos pacientes sobre la calidad de los cuidados recibidos.

Otros aspectos. Aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Medicamento (CEIm) del HLPR (5446) a fecha 22-01-2024 con la conformidad del resto de los hospitales. Todos los pacientes fueron informados del objetivo del estudio y firmaron el CI, que junto con las encuestas recogidas se escanearon y almacenaron para su custodia en una carpeta cifrada de seguridad (identificados con un número asignado) por el investigador principal del HLPR. El presente trabajo ha sido realizado utilizando total o parcialmente datos y la metodología del Programa de implantación de GBP en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. El autor expresa su agradecimiento al "Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®". Los autores declaran no tener conflictos de intereses ni haber recibido financiación.

Palabras clave: Calidad de vida; Enfermedad renal crónica; Estreñimiento; Estudio Multicéntrico; Hemodiálisis

Bibliografía:

- ¹ Pardo-Vicastillo V et al. Relación entre el estreñimiento y la calidad de vida de las personas en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2023 [consultado 3 Mar 2024];26(4):352-357. Disponible en: <https://www.enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4616/1774>.
- ² Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Guía de buenas prácticas. Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos [Internet]. Toronto, Ontario; 2020 [consultado 1 May 2024]. Disponible en: <https://mao.ca/bpg/spanish-resources>.
- ³ Sumida K, Yamagata K, Kovesdy CP. Constipation in CKD. *Kidney Int Rep* [Internet]. 2020 [consultado 1 May 2024];5(2):121-134. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7000799/>
- ⁴ Lindberg G, Hamid SS, Malfertheiner P, Ostergaard-Thomsen O, Bustos-Fernandez L, Garisch J et al. World Gastroenterology Organisation global guideline: Constipation - a global perspective. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 2011 [consultado 14 Abr 2024];45(6):483-487. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21666546/>
- ⁵ NNNconsult. [Internet] 2024 [consultado 10 Feb 2024]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
- ⁶ Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M et al. Bowel disorders. *Gastroenterology* [Internet]. 2016 [consultado 10 Abr 2024];150:1393-1407. Disponible en: <https://theromefoundation.org/wp-content/uploads/bowel-disorders.pdf>
- ⁷ Perona M, Mearin F, Guilera M, Mínguez M, Ortiz V, Montoro M et al. Cuestionario específico de calidad de vida para pacientes con estreñimiento: desarrollo y validación del CVE-20. *Med Clin* [Internet]. 2008 [consultado 16 Feb 2024];131(10):371-377. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-linkresolver-cuestionario-especifico-calidad-vida-pacientes-13126141>
- ⁸ Gil-Gil A, Gumbao-Valero A, Canales-Vitoria AB. Incidencia del estreñimiento en una unidad de hemodiálisis. *Rev Soc Esp Nefrol* [Internet]. 2006 [consultado 3 Feb 2024];9(3):172-176. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v9n3/original3.pdf#:~:text=Los%20resultados%20m%C3%A1s%20destacables%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20fue-ron%20que%20solo>
- ⁹ Mearin F. Impacto del estreñimiento crónico en la calidad de vida: mucho más importante de lo que parece. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2013 [consultado 1 May 2024];36(7):467-472. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210570513000204>

- ¹⁰ Lee A, Lambert K, Byrne P, Lonergan M. Prevalence of constipation in patients with advanced kidney disease. *J Ren Care* [Internet]. 2016 [consultado 8 May 2024];42(3):144-149. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27113374/>
- ¹¹ Ruszkowski J, Heleniak Z, Król E, Tarasewicz A, Gałgowska J, Witkowski JM et al. Constipation and the quality of life in conservatively treated chronic kidney disease patients: a cross-sectional study. *Int J Med Sci* [Internet]. 2020 [consultado 1 May 2024];17(18):2954-2963. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33173416/>
- ¹² Mortazavi M, Adibi P, Hassanzadeh-Keshteli A, Feizi A, JameShorani M, Soodavi M et al. Comparison of gastrointestinal symptoms between patients undergoing hemodialysis and healthy population. *Middle East J Dig Dis* [Internet]. 2022 [consultado 1 May 2024];14(3):310-316. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36619265/>
- ¹³ Cooper TE, Dalton A, Kieu A, Howell M, Jayanti S, Khalid R et al. The CKD bowel health study: understanding the bowel health and gastrointestinal symptom management in patients with chronic kidney disease: a mixed-methods observational longitudinal study (protocol). *BCM Nephrol* [Internet]. 2021 [consultado 1 May 2024];22(1):388. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34802445/>
- ¹⁴ Sharma S, Sharma N, Sharma K. Constipation in chronic kidney disease: prevalence and risk factors. *Nephrology Dialysis Transplantation* [Internet]. 2021 [consultado 1 May 2024];36(1):gfab087.0035. Disponible en: https://academic.oup.com/ndt/article/36/Supplement_1/gfab087.0035/6289161
- ¹⁵ Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Delgado-Aros S, Ferrándiz-Santos J, Díaz-Rubio ER et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del estreñimiento crónico en el paciente adulto. Parte 1: definición, etiología y manifestaciones clínicas. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2017 [consultado 14 Mar 2024];40(3):132-141. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-pdf-S0210570516300036>
- ¹⁶ Vígara-García M. Epidemiología del estreñimiento en Europa. En: Verdejo-Bravo C, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. *Formación continuada en Geriátría - decisiones claves: estreñimiento*. Madrid. 7-14.
- ¹⁷ Escudero-Sanchís A, Bixquert-Jiménez M. Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD). *Guía para prevenir y tratar el estreñimiento*. 2016.
- ¹⁸ Ruiz-López MC, Coss-Adame E. Calidad de vida en pacientes con diferentes subtipos de estreñimiento de acuerdo a los criterios de ROMA III. *Revista de Gastroenterología de México* [Internet]. 2015 [consultado 15 Feb 2024];80(1):13-20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090615000087#:~:text=Nuestro%20estudio%20demuestra%20que%20existen%20diferencias%20en%20los%20subtipos%20de>

Otros aspectos:

*Comunicaciones orales: Cuidados a pacientes críticos y dolor /
Oral communications: Acute patient care and pain*

UTILIZACIÓN DE GAFAS DE REALIDAD VIRTUAL PARA MEJORAR LA ANSIEDAD ANTE LA APLICACIÓN DEL PARCHES DE CAPSAICINA 179 MG 8% EN LA UNIDAD DEL DOLOR: UN ESTUDIO CUASI EXPERIMENTAL

ID Comunicación: 324

Tipo de comunicación: Oral

Medina Gómez, M. J.; Monerri Tabasco, M. del M.; Velásquez Jaimes, S. A.; Ruiz Villa, L.; Díaz Jaimes, E. J.; Caparrós Jimenez, A.; González Marín, E.; Martí Ejarque, M. del M.; Meca González, M.

TÍTULO:

UTILIZACIÓN DE GAFAS DE REALIDAD VIRTUAL PARA MEJORAR LA ANSIEDAD ANTE LA APLICACIÓN DEL PARCHES DE CAPSAICINA 179 MG 8% EN LA UNIDAD DEL DOLOR: UN ESTUDIO CUASI EXPERIMENTAL

AUTORÍA:

Maria José Medina Gómez, Susana Andreina Velásquez Jaimes, Laura Ruiz Villa, Esteban Junior Díaz Jaimes, Antonia Caparrós jiménez, Eduardo González Marín, Maria del Mar Martí-Ejarque, Mireia Meca González, Maria del Mar Monerri Tabasco.

Unidad del Dolor, Hospital Universitari Sagrat Cor, Grupo Quirónsalud.

PALABRAS CLAVE:

Terapia de Exposición Mediante Realidad Virtual, Atención de enfermería, Capsaicina, Ansiedad.

OBJETIVO:

General: Valorar si la utilización de gafas de RV disminuye la ansiedad ante la aplicación del parche Qutenza en la Unidad Del Dolor

Específicos: Valorar la ansiedad antes, durante y después de la aplicación del parche Qutenza

Cuantificar la variabilidad en los parámetros fisiológicos

METODOLOGÍA:

Estudio piloto cuasi experimental con grupo control, prospectivo, transversal en el que participaron 40 sujetos elegidos con aleatorización simple. El nivel de ansiedad se evaluó con la escala visual analógica modificada en los momentos pre, intra y postaplicación. Además, se registraron las constantes vitales (frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, tensión arterial y dolor) en los mismos momentos.

En ambos grupos el procedimiento se realizó en una sala no compartida, con las puertas cerradas y en un espacio libre de contaminación acústica. En el grupo intervención una vez aplicado el parche se colocaban las gafas de realidad virtual con reproducción de 2 videos, de unos 45 minutos.

RESULTADOS:

En ambos grupos, se mantuvo una media de edad similar, 59 y 61 años respectivamente, con una mayoría de mujeres (85% control y 90% intervención).

En las constantes fisiológicas analizadas, se comparó el estado inicial/basal en ambos grupos, no encontrando diferencias, ni tampoco en cuanto al estado de ansiedad similar en ambos grupos, presentando puntuaciones casi iguales. En cuanto al dolor, el grupo intervención presentaba un valor EVA superior significativamente al control (4.8 control vs 6.1 intervención, $p < 0.001$).

La evolución del dolor en ambos grupos fue similar, sin encontrar diferencias significativas tanto entre ellos, (4.8 ± 2.8 control, 5.9 ± 3.2 intervención; $p = 0.068$), aunque se mantuvo un mayor dolor en el grupo intervención.

En la evolución de la ansiedad, se detectó que el grupo control no presentó variación alguna en todo el proceso, en cambio el grupo intervención mostró una disminución significativa según el tiempo de uso de la realidad virtual; la comparación global entre ambos grupos resultó significativa en cuanto a menor ansiedad global del grupo intervención respecto al control, (promedio 3.7 ± 2.4 control vs 2.7 ± 2.3 , $p = 0.019$).

En el estudio de las constantes vitales, la frecuencia cardíaca mostró un descenso a lo largo del tiempo con un coeficiente de correlación de -0.9 , estadísticamente significativo con $p = 0.0001$. La ligera bradicardización de los pacientes podía estar relacionada con el descenso de ansiedad ya que coincidían en tiempo los valores más bajos de una y otra variable.

Para la tensión arterial se observó una tendencia al incremento en el grupo control con una correlación significativa 0.75 y $p < 0.05$ en contraste con el grupo intervención que no mostró una tendencia clara y su correlación fue muy débil, -0.28 , sin significancia.

La variable de saturación de oxígeno se mantuvo en todos los casos dentro de valores normales, con muy ligeras diferencias.

DISCUSIÓN:

Parece que el uso de la realidad virtual durante el tratamiento tiene un impacto positivo sobre la ansiedad, lo que apoyaría la hipótesis del estudio; pero su pequeña muestra, y que no es ciego, serían limitaciones. Las variables fisiológicas muestran tendencias de escasa magnitud por lo que sería interesante confirmarlas con estudios de muestras más amplias

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sepúlveda-Vildósola A C, et al. La musicoterapia para disminuir la ansiedad. *RevMedInstMex Seguro Soc*, 2014, 52(2):50-4.
2. Hughes SW, Zhao H, Auvinet EJ, Strutton PH. Attenuation of capsaicin-induced ongoing pain and secondary hyperalgesia during exposure to an immersive virtual reality environment. *Pain Rep*. 2019;4(6):e790.
3. Ahmadpour N, Keep M, Janssen A, Rouf AS, Marthick M. Design Strategies for Virtual Reality Interventions for Managing Pain and Anxiety in Children and Adolescents: Scoping Review. *JMIR Serious Games*. 2020 Jan 31;8(1):e14565. doi: 10.2196/14565. PMID: 32012042; PMCID: PMC7055787.
4. Delgado J. A. M, Alonso F. J. M, Boquet, E. M., de Tomás, J. F. Á, & Díez, J. M. C. (2020). Competencias digitales clave de los profesionales sanitarios. *Educación Médica*, 21(5), 338-344.
5. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 2015 Feb;14(2): 162-73. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70251-0.

Palabras clave: Terapia de Exposición Mediante Realidad Virtual
Atención de enfermería
Capsaicina
Ansiedad

Bibliografía:

¹ Sepúlveda-Vildósola A C, et al. La musicoterapia para disminuir la ansiedad. *RevMedInstMex Seguro Soc*, 2014, 52(2):50-4.

² Hughes SW, Zhao H, Auvinet EJ, Strutton PH. Attenuation of capsaicin-induced ongoing pain and secondary hyperalgesia during exposure to an immersive virtual reality environment. *Pain Rep*. 2019;4(6):e790.

³ Ahmadpour N, Keep M, Janssen A, Rouf AS, Marthick M. Design Strategies for Virtual Reality Interventions for Managing Pain and Anxiety in Children and Adolescents: Scoping Review. *JMIR Serious Games*. 2020 Jan 31;8(1):e14565. doi: 10.2196/14565. PMID: 32012042; PMCID: PMC7055787.

⁴ Delgado J. A. M, Alonso F. J. M, Boquet, E. M., de Tomás, J. F. Á, & Díez, J. M. C. (2020). Competencias digitales clave de los profesionales sanitarios. *Educación Médica*, 21(5), 338-344.

⁵ Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 2015 Feb;14(2): 162-73. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70251-0.

Otros aspectos:

Percepciones de las enfermeras sobre la complejidad de cuidados a través de la carga de trabajo en las unidades de cuidados intensivos

ID Comunicación: 325

Tipo de comunicación: Oral

Jiménez García, V. M.; Barrientos Trigo, S.; Reguera Carrasco, C.; Fernández García, E.; Prada Rizoto, M.; Corral Cortés, Á.; Naharro Álvarez, A.; González Caro, M. D.; Valentín Rabadán, S.

1. TÍTULO

PERCEPCIONES DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA COMPLEJIDAD DE CUIDADOS A TRAVÉS DE LA CARGA DE TRABAJO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

2. AUTORES

Jiménez García, Víctor Manuel (Hospital Universitario Virgen Macarena); Barrientos Trigo, Sergio (Universidad de Sevilla); Reguera Carrasco, Cristina (Universidad de Sevilla); Fernández García, Elena (Universidad de Sevilla); Prada Rizoto, Marina (Hospital Fremap de Sevilla); Corral Cortés, Ángela (Ensayos Clínicos. Fundación para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla); Naharro Álvarez, Alonso (Centro de Emergencias Sanitarias 061 Andalucía); González Caro, María Dolores (Hospital Universitario Virgen Macarena); Valentín Rabadán, Salud (Hospital Universitario Virgen Macarena).

3. PALABRAS CLAVE

Unidad de cuidados intensivos; complejidad de cuidados; carga de trabajo; enfermera; grupo focal.

4. OBJETIVO

Explorar las percepciones de las enfermeras sobre la complejidad de cuidados a través de las cargas de trabajo en las Unidades de Cuidados Intensivos.

5. MÉTODOS

Estudio cualitativo de corte fenomenológico. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a cinco grupos focales de entre 6 y 10 enfermeras elegidas por conveniencia de unidades de cuidados intensivos (UCI) de adultos de cuatro hospitales públicos de diferentes niveles de organización del Sistema Nacional de Salud. Las entrevistas se realizaron entre octubre de 2023 y abril de 2024 por dos entrevistadores con experiencia en investigación cualitativa y dos observadores con experiencia en cuidados críticos. Los entrevistadores realizaron la entrevista y los observadores tomaron notas de campo para cubrir aspectos de la comunicación no verbal. Se realizó un análisis del discurso siguiendo los pasos propuestos por la guía de Braun y Clarke: familiaridad con los datos; generación de categorías; búsqueda, revisión y definición de temas; e informe final (1). Luego realizamos la transcripción en 24 horas. Las grabaciones de audio se transcribieron palabra por palabra y se escucharon varias veces para capturar las palabras exactas de los participantes. Luego el contenido fue analizado temáticamente y comparado utilizando NVivo®.

6. RESULTADOS

El estudio comprendió un total de 33 enfermeras, 25 mujeres y 8 hombres. La edad media de la muestra fue de 42 años y la media de experiencia laboral fue de 18,4 años. Inicialmente, los participantes hacen mucho hincapié en la complejidad aportada por dispositivos de soporte técnico del paciente y su utilización. Tras una exploración más profunda, saturación del discurso y análisis de los códigos tres categorías son las que más aparecen: carga del trabajo relacionada con 1) el estado del paciente, 2) perfil de la enfermera y 3) organización en la unidad.

Con respecto al paciente, las técnicas invasivas que requieren y su manejo durante su estancia en UCI, cubrir las necesidades por falta de autonomía, situación neurológica (en coma, desorientado o no), gravedad al ingreso y cronicidad son los elementos que más se relacionan con esta categoría. Respecto a la enfermera se relacionan factores que influyen en la carga de trabajo como la experiencia laboral, donde las enfermeras reflejan la importancia de la experiencia del equipo multidisciplinar y su formación específica en cuidados críticos, y la carga emocional. Finalmente, en la categoría organización aparecen la acumulación de tareas, burocracia y registros de valoración, trabajo en equipo y apoyo en el equipo multidisciplinar.

7. DISCUSIÓN

La complejidad de cuidados abarca numerosos factores que se entrelazan dinámicamente. Se encuentran relacionados con el paciente, el entorno, la organización y los proveedores de salud (2). Este estudio busca identificar elementos percibidos por la enfermera de la complejidad de cuidados relacionados con la carga de trabajo en una UCI. La carga de trabajo percibida rara vez se mide en las enfermeras, pero es un concepto con potencial para mejorar nuestra comprensión de la asociación entre dicho concepto y los resultados en salud de los pacientes. Tras el análisis de los discursos identificamos que probablemente influya directamente en la priorización clínica y toma de decisiones. Los hallazgos mostraron que la carga de trabajo percibida por las enfermeras se relacionaba con elementos del paciente, la enfermera y con la organización. Destacan los resultados con otros estudios (3) que relacionan la carga de trabajo con las técnicas más invasivas y el manejo del aparataje de la unidad. Otro elemento hallado fue el estado neurológico que también coincide con otros estudios (4) donde el paciente desorientado lo asocian a demanda y atención enfermera. Finalmente existe evidencia (5) que relaciona la alta carga emocional de estas unidades que podría relacionarse con la carga de trabajo percibida. Asimismo, otros estudios (6) identifican la importancia del trabajo en equipo en estas unidades siendo la coordinación y comunicación elementos claves. Profundizar en esta línea de investigación es clave para poder brindar una atención de calidad.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101.
2. Guarinoni MG, Motta PC, Petrucci C, Lancia L. Complexity of care: a concept analysis. *Ann Ig Med Prev E Comunita.* 2014;26(3):226-36.
3. Lucchini A, Elli S, De Felippis C, Greco C, Mulas A, Ricucci P, et al. The evaluation of nursing workload within an Italian ECMO Centre: A retrospective observational study. *Intensive Crit Care Nurs.* diciembre de 2019;55:102749.
4. LeBlanc A, Bourbonnais FF, Harrison D, Tousignant K. The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs.* 1 de febrero de 2018;44:92-8.
5. Nasirizad Moghadam K, Chehrzad MM, Reza Masouleh S, Maleki M, Mardani A, Atharyan S, et al. Nursing physical workload and mental workload in intensive care units: Are they related? *Nurs Open.* julio de 2021;8(4):1625-33.
6. Endacott R, Pattison N, Dall'Ora C, Griffiths P, Richardson A, Pearce S, et al. The organisation of nurse staffing in intensive care units: A qualitative study. *J Nurs Manag.* julio de 2022;30(5):1283-94.

9. OTROS ASPECTOS DEL TRABAJO

I. La aprobación del estudio por parte del Comité Ético de la Investigación fue otorgada por el Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía (Código: 0092-N-23). Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes antes de las entrevistas. Los participantes eran libres de retirarse del estudio en cualquier momento. Además, para garantizar la seguridad del tratamiento de los datos, previamente se realizó un análisis de riesgos de la gestión de los datos con el apoyo de la Universidad de Sevilla.

II. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

III. Los autores no han utilizado inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: intensive care unit; nursing workload

Bibliografía:

¹ Lucchini A, Elli S, De Felippis C, Greco C, Mulas A, Ricucci P, et al. The evaluation of nursing workload within an Italian ECMO Centre: A retrospective observational study. *Intensive Crit Care Nurs.* diciembre de 2019;55:102749.

² LeBlanc A, Bourbonnais FF, Harrison D, Tousignant K. The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs.* 1 de febrero de 2018;44:92-8.

³ Nasirizad Moghadam K, Chehrzad MM, Reza Masouleh S, Maleki M, Mardani A, Atharyan S, et al. Nursing physical workload and mental workload in intensive care units: Are they related? *Nurs Open.* julio de 2021;8(4):1625-33.

⁴ Endacott R, Pattison N, Dall'Ora C, Griffiths P, Richardson A, Pearce S, et al. The organisation of nurse staffing in intensive care units: A qualitative study. *J Nurs Manag.* julio de 2022;30(5):1283-94.

Otros aspectos:

Perfiles de salud de las personas cuidadoras de 50 años o más en Europa y diferencias entre países

ID Comunicación: 171

Tipo de comunicación: Oral

Ayala García, A.; Mateo-Abad, M.; Bernal Alonso, A.; Rojo-Perez, F.; Fernandez-Mayoralas, G.; Sánchez González, D.; Forjaz, M. J.; Rodríguez Blázquez, C.

Título: Perfiles de salud de las personas cuidadoras de 50 años o más en Europa y diferencias entre países

Autores:

Alba Ayala(1,7), Mainer Mateo-Abad(2,7), Amaya Bernal Alonso(3), Diego Sánchez González(4), Fermina Rojo-Perez(5), Gloria Fernandez-Mayoralas(5), Maria João Forjaz(6,7), Carmen Rodríguez-Blázquez(6,8)

Filiación institucional:

1 Unidad de investigación en cuidados y servicios de salud (Investén-isciii), Instituto de Salud Carlos III, 28029, Madrid, Spain

2 Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa, Grupo de Atención Primaria, 20014 Donostia-San Sebastian, Spain

3 Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, 28029, Madrid, Spain

4 UNED | Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, Spain

5 Grupo de Investigación sobre Envejecimiento, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (GIE-CSIC), Instituto de Economía, Geografía y Demografía, Madrid, Spain

6 Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, 28029, Madrid, Spain

7 Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS)

8 Centro de Investigación Biomédica en Red sobre Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED), Madrid, Spain

Palabras claves:

Personas cuidadoras, Calidad de Vida, encuesta SHARE, Europa.

Objetivo:

Asegurar el cuidado para la promoción de la salud y el desarrollo de la vida cotidiana es una acción que afecta a la calidad de vida tanto de las personas cuidadas como de las cuidadoras. El propósito de este estudio fue identificar los patrones de salud y calidad de vida (CdV) en personas cuidadoras mayores de 50 años en Europa, y analizar diferencias de perfiles entre países.

Métodos:

Se utilizó la encuesta Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) para seleccionar información sobre personas cuidadoras informales con 50 y más años, de la oleada 8 (periodo 2019-2020) en 25 países en Europa (Börsch-Supan, 2022; Börsch-Supan et al., 2013). Se utilizaron variables de CdV (CASP-12), satisfacción con la vida, salud autopercibida, soledad (R-UCLA), depresión (EURO-D), test de memoria y limitación en la realización de actividades básicas de la vida diaria (AVDs). Se realizó un análisis de correspondencias múltiple (ACM) y un análisis clúster para clasificar e identificar los patrones de las personas que cuidan.

Resultados:

Muestra de 12.848 personas cuidadoras informales, con un 57,2% de mujeres y una edad media de 68,8 años (DT=8,3). Se identificaron tres perfiles: el clúster 1, con un 41,6% de personas cuidadoras con buena salud; el clúster 2, con un 53,0% con salud moderada; y el clúster 3, con un 5,4% con mala salud. Países del norte de Europa, como Dinamarca, Suiza, Austria y Suecia presentaron un mayor porcentaje (rango del 72,7% al 53,9%) de personas que cuidan en el clúster 1 (buena salud). Los países con mayor porcentaje de personas cuidadoras en el clúster 2 (salud moderada) fueron Letonia, Lituania, República Checa y Estonia (rango del 68,2% al 66,4%). Países como Letonia y Grecia fueron los que tuvieron mayor porcentaje de personas cuidadoras en el clúster 3 (mala salud), con un 13,1% y un 12,3%, respectivamente, seguidos de Estonia y Lituania, con un 11,7% y 11,6%. En España se encontró un porcentaje de personas cuidadoras en el grupo de buena salud de 32.1%, de 58.4% en salud moderada y de 9.5% en el grupo de mala salud.

Discusión:

Integrar la identificación de patrones o perfiles de personas cuidadoras informales en la práctica clínica y social puede mejorar significativamente la atención y proporcionar un apoyo adecuado. Es importante tener en cuenta las variables contextuales, como el país de pertenencia. Estos resultados permitirán a los profesionales de la salud y de los servicios sociales realizar intervenciones específicas que aborden las necesidades de cada persona que cuida, mejorando tanto su salud física y mental, como su calidad de vida y la calidad del cuidado que proporcionan.

Referencias bibliográficas:

Börsch-Supan, A. (2022). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. <https://doi.org/10.6103/SHARE.w8.800>

Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S., & Zuber, S. (2013). Data resource profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International journal of epidemiology*, 42(4), 992–1001.

Financiación: Estudio CASS (ISCI; ref. EPY348/22) y RICAPPS (RD21CIII/0003/0002).

Palabras clave: Personas cuidadoras, Calidad de Vida, encuesta SHARE, Europa

Bibliografía:

¹ Börsch-Supan, A. (2022). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. <https://doi.org/10.6103/SHARE.w8.800>

² Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S., & Zuber, S. (2013). Data resource profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International journal of epidemiology*, 42(4), 992-1001.

Otros aspectos:

Comunicaciones orales : Metodología docente I / Oral communications: Educational methods I

Resiliencia en Estudiantes de Enfermería Durante la Pandemia de COVID-19: Lecciones Aprendidas.

ID Comunicación: 63
Tipo de comunicación: Oral

de Juan Pardo, M. A.; Martín Delgado, L.; Goñi-Fuste, B.; Llistosella Piñero, M. C.; Wennberg-Capellades, L.; Martín-Ferreres, M. L.; Fuster-Linares, P.; Monforte-Royo, C.

Objetivo: Explorar los factores que pueden ayudar a fomentar la resiliencia entre los estudiantes de enfermería en situaciones difíciles.

Método: Se realizó un estudio cualitativo descriptivo, diseñado para explorar las percepciones de estudiantes de último curso de enfermería que, antes de su graduación, se habían incorporado al personal sanitario durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19 (marzo-junio de 2020).

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 22 enfermeras que, antes de su graduación, se incorporaron al personal sanitario durante la primera ola de la pandemia. En el momento de las entrevistas se encontraban en su primer año de práctica profesional posterior a la cualificación. Se realizó un análisis temático cualitativo descriptivo de las transcripciones de las entrevistas (1).

Resultados: El análisis reveló dos temas principales que describían las percepciones de las enfermeras con respecto a los factores que habían contribuido a desarrollar su resiliencia cuando trabajaban en primera línea: 1- factores que les ayudaron a hacer frente a la adversidad, con tres subtemas relacionados con la identificación y el uso de recursos personales, el sentirse acompañadas y el reconocimiento; y 2- factores que promovieron el aprendizaje y el desarrollo de habilidades, sobre todo, la reflexión guiada y la oportunidad de compartir experiencias entre iguales

Discusión: La identificación y el uso de recursos personales, el reconocimiento y el apoyo de los demás, y la reflexión guiada y el compartir experiencias entre iguales parecen ser los factores clave para ayudar a los estudiantes de enfermería a desarrollar la resiliencia ante situaciones desafiantes. En general, nuestros hallazgos sugieren que una serie de factores, tanto internos como contextuales, que fueron percibidos por las enfermeras como factores que les ayudaron a hacer frente a la adversidad y a desarrollarse tanto profesional como personalmente, esto está en consonancia con el reciente modelo de resiliencia del IERM (2).

Se destaca el papel de la reflexión en la promoción del aprendizaje. Hay pruebas que sugieren que las prácticas autorreflexivas pueden tener efectos positivos en los estudiantes de enfermería (3). Como el desarrollo de sus habilidades de gestión de emociones y pensamiento crítico (4). Otros autores han señalado de forma similar cómo la autorreflexión puede ayudar a fortalecer la resiliencia (5-6). Además, la mentoría también se ha descrito como una de las estrategias que pueden facilitar la transición del estudio al trabajo entre las enfermeras (7).

Promover estos factores en el contexto de los programas de formación de enfermería contribuirá a garantizar que los futuros profesionales estén mejor preparados para afrontar los retos a los que se enfrentan los enfermeros en la práctica clínica.

Las conclusiones de este estudio pueden ayudar a los docentes de enfermería a desarrollar estrategias para fomentar la resiliencia entre los futuros profesionales.

Palabras clave: Estudiantes de enfermería, Práctica de enfermería, COVID-19, Pandemia, Crecimiento profesional, Resiliencia, Estudio cualitativo

Bibliografía:

- ¹ 1-Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101
- ² 2-Llistosella, M., Castellvi, P., Limonero, J. T., Pérez-Ventana Ortiz, C., Baeza-Velasco, C., & Gutiérrez-Rosado, T. (2022). Development of the Individual and Environmental Resilience Model among children, adolescents and young adults using the empirical evidence: An integrative systematic review. *Health & social care in the community*, 30(6), e3277–e3299. <https://doi.org/10.1111/hsc.13899>
- ³ 3-Contreras, J. A., Edwards-Maddox, S., Hall, A., & Lee, M.A. (2020). Effects of reflective practice on baccalaureate nursing students' stress, anxiety and competency: An integrative review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(3), 239-245. <https://doi.org/10.1111/wvn.12438>
- ⁴ 4-Attard-Tonna, M. A., Bjerkholt, E., & Holland, E. (2017). Teacher mentoring and the reflective practitioner approach. *International Journal of Mentoring and Coaching in Education*, 6(3), 210-227. <https://doi.org/10.1111/ijm.12111>
- ⁵ 5-Crane, M. F., Searle, B. J., Kangas, M., & Nwiran, Y. (2019). How resilience is strengthened by exposure to stressors: The systematic self-reflection model of resilience strengthening. *Anxiety Stress Coping*, 32 (1), 1–17, <https://doi.org/10.1080/10615806.2018.1506640>
- ⁶ 6- Low, R., King, S., & Foster-Boucher, C. (2019). Learning to bounce back: A scoping review about resiliency education. *Journal of Nursing Education*, 58(6), 321–329. <https://doi.org/10.3928/01484834-20190521-02>
- ⁷ 7- Speight C, Firnhaber G, Scott ES, Wei H. Strategies to promote the professional transition of new graduate nurse practitioners: A systematic review. *Nurs Forum*. 2019 Oct;54(4):557-564. doi: 10.1111/nuf.12370. Epub 2019 Jul 24. PMID: 31339178

Otros aspectos:

Relación entre el nivel de inteligencia emocional y las habilidades en liderazgo en estudiantado de Grado en Enfermería en España

ID Comunicación: 85

Tipo de comunicación: Oral

Antolí Forner, A.; Valero Chillerón, M. J.; González de la Torre, H.; González Chordá, V. M.; Albiol Buendía, C.; Ortiz Mallasén, V.; Cervera Gasch, Á.; Mena Tudela, D.; Andreu Pejó, L.

Título: Relación entre el nivel de inteligencia emocional y las habilidades en liderazgo en estudiantado de Grado en Enfermería en España

Autoría: Aloma Antolí Forner, María Jesús Valero Chillerón, Héctor González de la Torre, Víctor Manuel González Chordá, Carmen Albiol Buendía, Víctor Ortiz Mallasén, Águeda Cervera Gasch, Desirée Mena Tudela, Laura Andreu Pejó

Objetivos. Validar la adaptación transcultural del cuestionario Self Assessment Leadership Instrument (SALI), así como explorar la asociación entre la inteligencia emocional y las habilidades en liderazgo en estudiantado de enfermería.

Metodología. En primer lugar, la validez de contenido de la adaptación transcultural del SALI se llevó a cabo mediante la técnica cualitativa de grupo nominal. En segundo lugar, se llevó a cabo un estudio transversal, mediante su difusión online en todo el territorio nacional de España. La validez de constructo se realizó mediante análisis Rasch. Además, se recogieron variables sociodemográficas, relacionadas con el ámbito académico y se aplicaron los instrumentos Trait Meta Mood Scale (TMMS-24) para evaluar el nivel de inteligencia emocional percibida (Atención prestada a las emociones, Comprensión de los estados emocionales y Regulación emocional) y el SALI adaptado a los estudiantes españoles (SALI-SSv) para explorar las habilidades en liderazgo. El análisis se llevó a cabo con los softwares FACTOR, jMETRIK y SPSS v.25 asumiendo un nivel de confianza del 95%. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética e Investigación en Seres Humanos de la Universitat Jaume I (Castellón).

Resultados. Se alcanzó un tamaño muestral de 646 estudiantes cuya edad media fue de 24 años ($sd=7,6$), siendo el 83,4% ($n=539$) mujeres. La adaptación del SALI (SALI-SSv), mostró excelente consistencia interna ($\alpha=0,952$). El modelo Rasch mostró un excelente ajuste para la mayoría de los ítems (excepto para el ítem 11), con valores infit y outfit entre 0,8 y 1,2 e índices de separación mayores de dos puntos para los ítems y las personas. Más de la mitad de la muestra presentó niveles adecuados en cada una de las dimensiones de inteligencia emocional. Además, se observó que el porcentaje de mujeres con adecuada atención era mayor al de los hombres (63,5%, $n=342$ vs. 56,1%, $n=60$), mientras que los hombres presentaban un mayor porcentaje de comprensión emocional excelente (14%, $n=15$ vs. 5,8%, $n=31$) ($p=0,002$). La media de puntuación en liderazgo obtenida corresponde a una habilidad moderada. Además, se observó diferencia entre las dimensiones de inteligencia emocional y las habilidades en liderazgo ($p<0,001$), que reflejan que a menor nivel de inteligencia emocional también se muestran menores habilidades en liderazgo.

Discusión. La inteligencia emocional influye en la forma en la que el estudiantado comprende, maneja y responde a sus emociones, lo que a su vez afecta a la calidad de los cuidados prestados, y junto con el liderazgo, desempeña un papel fundamental en la práctica diaria de las enfermeras en cualquier entorno profesional. Los niveles obtenidos en inteligencia emocional y habilidades en liderazgo, son consistentes con resultados de otros autores. Sin embargo, existe disparidad entre las asociaciones entre el nivel de inteligencia emocional y el sexo. En línea con estudios previos, se observó asociación positiva entre la inteligencia emocional y las habilidades en liderazgo en el estudiantado de enfermería. La promoción y el desarrollo de la inteligencia emocional y las habilidades en liderazgo puede contribuir al fortalecimiento recíproco de ambas competencias.

Otros aspectos del trabajo:

- El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética e Investigación en Seres Humanos de la Universitat Jaume I (Castellón) y ha recabado el consentimiento informado de todos los participantes.
- Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

- No se ha utilizado inteligencia artificial en la elaboración de la redacción del resumen.

Palabras clave: Inteligencia emocional, Habilidades en liderazgo, Estudiantes de enfermería

Bibliografía:

- ¹ Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Death Attitudes and Emotional Intelligence in Nursing Students. *OMEGA - Journal of Death and Dying* [Internet]. 2013 Feb 1 [cited 2024 Mar 20];66(1):39–55. <https://doi.org/10.2190/OM.66.1.c>
- ² Huber D. Gestión de los cuidados enfermeros y liderazgo. 6th ed. Barcelona: Elsevier; 2020.
- ³ Goleman D. Leadership: The Power of Emotional Intelligence. 1st digital ed. Northampton MA: More Than Sound LLC; 2011.
- ⁴ Ferreira VB, Amestoy SC, Silva GTR da, Trindade L de L, Santos IAR dos, Varanda PAG. Transformational leadership in nursing practice: challenges and strategies. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020;73(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0364>
- ⁵ Sanchez-Gomez M, Sadovyy M, Bresó E. Health-Care Professionals Amid the COVID-19 Pandemic: How Emotional Intelligence May Enhance Work Performance Traversing the Mediating Role of Work Engagement. *J Clin Med* [Internet]. 2021 Sep 9;10(18):4077. <https://doi.org/10.3390/jcm10184077>
- ⁶ Lanzoni GM de M, Meirelles BHS. Leadership of the nurse: an integrative literature review. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 Jun;19(3):651–8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300026>
- ⁷ Middleton R. Active learning and leadership in an undergraduate curriculum: How effective is it for student learning and transition to practice? *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2024 Mar 23];13(2):83–8. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.07.012>
- ⁸ Cadman C, Brewer J. Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *J Nurs Manag* [Internet]. 2001 Nov [cited 2022 Dec 1];9(6):321–4. <http://doi.wiley.com/10.1046/j.0966-0429.2001.00261.x>
- ⁹ Feather R. Emotional intelligence in relation to nursing leadership: does it matter? *J Nurs Manag* [Internet]. 2009 Apr 1 [cited 2023 Dec 27];17(3):376–82. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00931.x>
- ¹⁰ Morales Jiménez N. Análisis de conductas de liderazgo en estudiantes de bachillerato en enfermería. [Tesis doctoral]: Universidad del Turabo; 2012.
- ¹¹ Fuster Linares P, Rodríguez Higuera E, Martín-Ferreres ML, Cerezuela Torre MÁ, Wennberg Capellades L, Gallart Fernández-Puebla A. Dimensions of leadership in undergraduate nursing students. Validation of a tool. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2022 Oct 4];95:104576. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104576>
- ¹² Aguilar-Ferrández ME, Toledano-Moreno S, Casas-Barragán A, Albornoz-Cabello M, Tapia-Haro RM, Correa-Rodríguez M. Implementation of a coaching training for enhancing empathy and emotional intelligence skills in health science students: a prospective study. *BMC Med Educ* [Internet]. 2024 Jan 22 [cited 2024 Mar 20];24(1):76. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05076-z>
- ¹³ Fernández-Martínez E, López-Alonso AI, Marqués-Sánchez P, Martínez-Fernández MC, Sánchez-Valdeón L, Liébana-Presa C. Emotional Intelligence, Sense of Coherence, Engagement and Coping: A Cross-Sectional Study of University Students' Health Sustainability [Internet]. 2019 Dec 6 [cited 2024 Mar 20];11(24):6953. <https://doi.org/10.3390/su11246953>
- ¹⁴ Rodríguez-Leal L, González-Hervías R, Silva LIM, Rodríguez-Gallego I, Saldaña MR, Montesinos JVB. Stressors inherent to clinical practices and their relationship with emotional intelligence in nursing students: A cross sectional study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2023 May 1 [cited 2024 Mar 21];124:105753. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105753>
- ¹⁵ Giménez-Espert M del C, Pinazo D, Soto-Rubio A. Emotional Intelligence in Nursing Students. *Revista de Investigación en Psicología Social* [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 23];7(1):38–46.
- ¹⁶ Sakallı D, Timuçin A. Factors Associated with the Emotional Intelligence Levels of Nurse Managers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Florence Nightingale J Nurs* [Internet]. 2023 Oct 13 [cited 2024 Mar 21];31(3):203–14. <https://doi.org/10.5152/FNJJN.2023.22273>
- ¹⁷ De Juan Pardo MA, Fuster P, Gallart A, Rodríguez E, Wennberg L, Martín-Ferreres ML. Fostering leadership competence and satisfaction in nursing undergraduates through a student-led conference: A quasi-experimental pre-post study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2024 Mar 23];98:104748. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104748>
- ¹⁸ Larin HM, Benson G, Martin L, Wessel J, Williams R, Ploeg J. Examining change in emotional-social intelligence, caring, and leadership in health professions students. *J Allied Health* [Internet]. 2011;40(2):96–102.
- ¹⁹ Spano-Szekely L, Quinn Griffin MT, Clavelle J, Fitzpatrick JJ. Emotional Intelligence and Transformational Leadership in Nurse Managers. *JONA: The Journal of Nursing Administration* [Internet]. 2016 Feb;46(2):101–8. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000303>
- ²⁰ Wong BSH, Shorey S. Nursing students' experiences and perception of peer feedback: A qualitative systematic review. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2024 Mar 23];116:105469. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105469>
- ²¹ Abraham J. Emotional Intelligence: The Context for Successful Nursing Leadership: A Literature Review. *Nursing & Care Open Access Journal* [Internet]. 2017 May 17 [cited 2024 Mar 20];2(6). <https://doi.org/10.15406/ncoaj.2017.02.00054>
- ²² Carragher J, Gormley K. Leadership and emotional intelligence in nursing and midwifery education and practice: a discussion paper. *J Adv Nurs* [Internet]. 2017 Jan 22 [cited 2024 Mar 20];73(1):85–96. <https://doi.org/10.1111/jan.13141>
- ²³ Yildirim-Hamurcu S, Terzioğlu F. Nursing students' perceived stress: Interaction with emotional intelligence and self-leadership. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2022 Oct 27 [cited 2024 Mar 20];58(4):1381–7. <https://doi.org/10.1111/ppc.12940>

Otros aspectos:

APRENDIZAJE Y SATISFACCIÓN CON METODOLOGÍA DE JUEGOS EXPERIMENTALES DE ESCUCHA ACTIVA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

ID Comunicación: 117

Tipo de comunicación: Oral

Faro Basco, M.; Gorchs Font, N.; Rovira Sadurní, A.; Casas Baroy, J. C.; Chirveches Perez, E.

Introducción: Una de las estrategias que el docente puede aplicar para convertir sus clases en espacios de aprendizaje significativo es el uso de juegos experimentales en el aula. La participación de los estudiantes y el profesorado, que interactúan en el desarrollo de la clase a través de juegos permite construir, crear, facilitar, preguntar, criticar y reflexionar sobre el conocimiento (Posada, 2014).

El juego experimental genera un ambiente de aprendizaje que se puede aprovechar como estrategia didáctica para desarrollar habilidades y competencias, y conceptualizar conocimiento pues, tal y como dice Novak (1998), el aprendizaje genera cambios cognitivos estables cuando integra pensamiento, sentimientos y acciones. Cuando la interacción en el aula genera sensación de cordialidad y familiaridad, permite que emerja el pensamiento creativo y espontáneo y la exploración de posibles respuestas para reforzar conocimientos (Goleman, 2003).

La comunicación hace uso de las palabras, sonidos, silencios, gestualidad, emociones y cuerpo (Suárez et al., 2018), además de la mirada, el tacto y el contacto, el espacio personal y social, el tono de voz, ritmo y acentos, la apariencia, etc. En todo momento estamos comunicando, y "la comunicación siempre está matizada, potenciada y en ocasiones manipulada por las emociones" (Buitrago, 2020). Las habilidades de comunicación no pueden desarrollarse sólo desde el conocimiento teórico, sino que se necesitan estrategias metodológicas que permitan relacionar lo aprendido a nivel teórico con la práctica (Ormazábal et al., 2018).

El modelo de Enseñanza Superior propuesto por Bolonia indica el rol del estudiante y del profesorado para que los primeros "aprendan a aprender", utilizando metodologías que motiven, potencien la creatividad e integren teoría y práctica, para desarrollar habilidades y competencias profesionales. El uso de juegos experimentales para el aprendizaje se percibe como una opción pedagógica que promueve la autonomía del estudiante, fomenta el pensamiento crítico y la reflexión sobre su proceso de aprendizaje (Mercado et al., 2018), generando satisfacción y motivación. También se ha demostrado que los juegos experimentales mejoran los resultados de aprendizaje (Nacimiento et al., 2021) si se compara con la forma tradicional de enseñanza basada en la transmisión de conocimientos (López-Alonso et al., 2018).

En definitiva, la integración de pensamientos y comportamientos facilita la adquisición de información y su integración con conocimientos previos existentes, así como la recuperación de la información disponible (Weinstein, et al., 2000). Robledo et al. (2015) exponen que las metodologías activas, guiadas por el profesor, proporcionan al estudiante mayor responsabilidad y autonomía en su proceso de aprendizaje, posibilitando la aplicación práctica del conocimiento.

Objetivo: Analizar el impacto de una metodología activa con juegos experimentales sobre el desarrollo de la habilidad de escucha activa y el grado de satisfacción con la metodología, en estudiantes de 2º curso de Enfermería.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal con estudiantes de segundo año del Grado en Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar de la UVic-UCC, matriculados en la asignatura Comunicación terapéutica (n=146) del curso 2023-2024.

Los estudiantes realizaron un seminario de Escucha Activa en grupos de 16 estudiantes, durante dos horas, durante el que se llevaron a cabo 5 juegos experimentales que tenían por objetivo:

- a. Desarrollar la habilidad de escucha activa en las conversaciones.
- b. Demostrar que la escucha selectiva pone la atención en lo que queremos oír y nos deja sólo con una parte del mensaje, perdiendo información

- c. Poner en práctica habilidades de comunicación a partir de escuchar las instrucciones que nos dan los demás.
- d. Experimentar que, a cuanto más emoción, menos raciocinio.
- e. Analizar el defusing durante una práctica de escucha activa.

El instrumento utilizado para la recogida de datos fue un cuestionario de satisfacción con la metodología didáctica del taller, creado ad hoc. Constaba de 17 preguntas con respuesta tipo Likert de 5 puntos, (1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo), para medir el grado de satisfacción y consecución de los objetivos, después de realizar el seminario. Las preguntas estaban orientadas al grado de satisfacción del estudiante con la adquisición de actitudes y habilidades de comunicación y escucha activa, a través del juego experimental en el aula. Se recogieron los datos sociodemográficos: edad y género.

El cuestionario era anónimo. Al finalizar el seminario, una vez obtenido el consentimiento informado, se distribuyó el cuestionario para su cumplimentación.

Resultados: Firmaron el consentimiento informado 133 (91,1%) estudiantes de los que 122 (91,7%) eran mujeres. La media de edad fue 21,4 (DE 4,67 años). Respondieron el cuestionario 131(89,7%). Sobre la metodología activa de juegos experimentales manifestaron estar muy de acuerdo y de acuerdo en que: el espacio para realizar el seminario era adecuado, así como el número de participantes [123(93,9%)], contribuyendo a una buena relación entre ellos [124(95,4%)]. La organización y estructura de la actividad estaba coordinada con los contenidos teóricos impartidos previamente, facilitando su comprensión y aprendizaje [129(98,4%)]. Los juegos fomentaban el desarrollo de la actividad [130(99,3%) y la participación de los miembros del grupo [119(90,8%)]. Los juegos permitieron: facilitar la expresión de opiniones [112(85,5%)], mostrándose indiferentes 17(13,0%), participar activamente en su formación [127(97,0%)], motivar la atención durante el seminario [125(95,4%) y mejorar sus habilidades comunicativas [118(90,1%)]. Sobre la satisfacción manifestaron estar muy de acuerdo y de acuerdo en que: la actividad permitió cumplir las expectativas de aprendizaje y despertar interés por la temática 124(94,7%). Los juegos fueron un recurso didáctico facilitador del aprendizaje 129(98,4%). Expresaron estar muy satisfechos y satisfechos con el aprendizaje de habilidades de comunicación a través del juego y con la actividad en general [127 (96,9%)].

Discusión: Los estudiantes refieren una elevada satisfacción con la metodología didáctica de juegos experimentales en el aula, permitiendo desarrollar de forma práctica los contenidos teóricos de la habilidad de escucha activa (Posada, 2014), cumplir con sus expectativas de aprendizaje (Nascimento et al., 2021) y mejorar sus habilidades de comunicación (Suárez, et. al, 2018). Los juegos experimentales en el aula fomentan la implicación activa de los estudiantes en la actividad, actuando como elemento motivador (Mercado–Elgueta et al., 2018), facilitador de la comprensión de contenidos teóricos y del aprendizaje (Ormazabal et al., 2019).

Los resultados obtenidos nos animan a continuar utilizando esta metodología para el desarrollo de habilidades de comunicación, imprescindibles en la práctica diaria de la profesión enfermera.

El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la investigación (CER) de la Universitat de Vic–Universitat Central de Catalunya (ref. 298/2023), habiéndose obtenido el consentimiento informado de todos los participantes.

Los autores no tienen conflicto de intereses.

No se ha utilizado inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: Aprendizaje; Escucha Activa; Estudiantes de Enfermería; Juegos Experimentales; Metodología Activa

Bibliografía:

¹ Posada R. La lúdica como estrategia didáctica. (Trabajo final de máster, Universidad Nacional de Colombia). 2014. Disponible en [https://docplayer.es/17605971-La lúdica como estrategia didáctica. Regis Posada González - PDF Descargar libre \(docplayer.es\)](https://docplayer.es/17605971-La-lúdica-como-estrategia-didáctica-Regis-Posada-González-PDF-Descargar-libre-(docplayer.es))

² Novak, J. D. Learning, Creating and Using Knowledge. 2ª edición. New York: Routledge; 2009.

- ³ Goleman, D. *Emociones Destructivas, como entenderlas y superarlas*. Barcelona: Editorial Kairós S.A.; 2003.
- ⁴ Suárez M, Mariño L, Patiño O. Voces, gritos y reclamos: de la exclusión a la emancipación. Una forma de concluir lo inconcluso. En: Suárez, M i Pulido, O. (coords.) *Infancia, diversidad y filosofía. Voces, gritos y reclamos*. Colombia: Editorial UPTC; 2018. p.81-100.
- ⁵ Buitrago, R.E. (2020). El aprendizaje, la enseñanza, los pensamientos y las interacciones en la escuela. *Praxis & Saber*, 25, 9-20. <https://doi.org/10.19053/22160159.v11.n25.2020.10580>
- ⁶ Ormazabal V, Almuna F, Hernández L, Zúñiga F. Juego de Roles como método de enseñanza de Farmacología para estudiantes de la carrera de Enfermería. *Educ Med*. [Internet]. 2019 [Consultado 14 Nov 2023]; 20(4): 206-212. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328015561_Juego_de_rols_como_metodo_de_ensenanza_de_Farmacologia_para_estudiante_s_de_la_carrera_de_enfermeria
- ⁷ Mercado-Elgueta C, Illesca-Pretty M, Hernández-Díaz A. Relación entre estrategias de aprendizaje y rendimiento académico: estudiantes de enfermería, Universidad Santo Tomás. *Enferm Univ* [Internet]. 2018 [Consultado 10 Nov 2023]; 16(1): 15-30. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632019000100015&script=sci_abstract
- ⁸ Nascimento KG, Ferreria MBG, Felix MMS, Nascimento JSG, Chavaglia SRR, Barbosa MH. Effectivness of the serious game for learning in nursing: systematic review. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2021 [Consultado 14 Nov 2023]; 42: 1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200274>
- ⁹ López-Alonso A, FernándezMartínez E, Liébana-Presa C, Vázquez-Casares AM, Castro-González MP, Casares-González P. Experimental classroom games: a didactic tool in palliative care. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2018. [Consultado 10 Nov 2023] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017007703310>
- ¹⁰ Weinstein CE, Husman J, Dierking DR. Self-regulation interventions with a focus on learning strategies. En Boekaerst N, Pintrich PR, Zeidner M. *Handbook of Self-regulation*. San Diego California: Academic Press; 2000. 727-747
- ¹¹ Robledo, P., Fidalgo, R., Arias, O., Álvarez, L. Percepción de los estudiantes sobre el desarrollo de competencias a través de diferentes metodologías activas. *Revista de Investigación Educativa*. [Internet]. 2015. 2023 [Consultado el 29 de setiembre de 2023], 33(2): 369-383. <http://dx.doi.org/10.6018/rie.33.2.201381>

Otros aspectos:

: Eutanasia y actitud de los estudiantes de enfermería tras la entrada en vigor de la ley reguladora.

ID Comunicación: 23

Tipo de comunicación: Oral

Arreciado Marañón, A.; García Sierra, R.; Busquet Duran, X.; Tort Nasarre, G.; Feijoo Cid, M.

TÍTULO: Eutanasia y actitud de los estudiantes de enfermería tras la entrada en vigor de la ley reguladora.

AUTORÍA:

Antonia Arreciado Marañón. 1) Departamento de Enfermería, Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. 2) Grup de Recerca Multidisciplinar en Salut i Societat (GREMSAS). ORCID: 0000-0002-3360-1430

Rosa García-Sierra. 1) Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord, Institut de Recerca Universitaria per l'Atenció Primària Jordi Gol (IDIAPJGOL). 2) Departamento de Enfermería, Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. 3) Grup de Recerca Multidisciplinar en Salut i Societat (GREMSAS). ORCID: 0000-0001-9220-610X

Xavier Busquet-Duran. Equipo PADES Granollers, Institut Català de la Salut. 2) Grup de Recerca Multidisciplinar en Salut i Societat (GREMSAS). ORCID: 0000-0003-2441-2651

Gloria Tort-Nasarre. 1) Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de Lleida. 2) AFIN, Research Group and Outreach Centre, Autonomous University of Barcelona. ORCID: 0000-0001-5270-821X

Maria Feijoo-Cid. 1) Departamento de Enfermería, Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. 2) Grup de Recerca Multidisciplinar en Salut i Societat (GREMSAS). ORCID: 0000-0002-7010-373X

OBJETIVO: Conocer la actitud hacia la eutanasia de los estudiantes de enfermería tras la entrada en vigor de la ley de eutanasia.

MÉTODOS: Estudio transversal con cuestionario online realizado en una universidad pública de Cataluña en 2023. La población de estudio incluyó a todos los estudiantes del Grado en Enfermería del curso académico 2022-2023. El cuestionario se envió a un total de 444 estudiantes. No se contempló ningún criterio de exclusión. Se utilizó la versión española de la Escala de Actitud hacia la Eutanasia (EAS-ES), escala adaptada y validada al español en 2020, de 21 ítems estructurados en 4 dimensiones y con respuesta tipo Likert de 1 a 5 puntos. Una mayor puntuación se corresponde con actitudes más positivas hacia la eutanasia. La EAS-ES, junto con las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, religiosidad, curso del grado en enfermería, experiencia profesional como TCAI, contacto profesional con situaciones de eutanasia, experiencia familiar en la práctica de la eutanasia), se incluyeron en un cuestionario, distribuyéndose el link de acceso vía campus virtual a estudiantes en asignaturas no dependientes de ningún miembro del equipo de investigación. No existió compensación económica por participar en el estudio. Análisis de datos: se utilizó el software SPSS (versión 25). Se calculó la media y desviación estándar de las dimensiones y la puntuación global. Se compararon las medias con la t de Student. Estudio aprobado por la Comisión de Ética de la Universidad. Los estudiantes firmaron el consentimiento informado online donde se informaba de los objetivos del estudio, de la participación voluntaria y de la obtención de respuestas anónimas. Se garantizó también la confidencialidad de los datos. Todos los datos fueron guardados en un servidor seguro de la Universidad.

RESULTADOS: 204 estudiantes de enfermería respondieron la encuesta (tasa de respuesta del 46 %). De ellos, 181 fueron mujeres (88.7%), con una media de edad de 21.72 (SD=5.7). y con un rango de edad entre 18 y 55 años. La edad media de los mayores de 25 años fue de 33 y la edad media de los que tenían 25 o menos fue de 19.88. Del total de participantes, 33 (16.2%) trabajaban como Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. De estas, 10 habían tenido contacto profesional con situaciones que identificaban con eutanasia. Otras 20 estudiantes (9.8%) afirmaban haber tenido experiencia personal con la eutanasia. La media de la puntuación total de la escala fue de 79.64 (SD=10.69). Se encontraron diferencias significativas para las creencias religiosas ($p=0.041$) y el curso ($p=0.005$). En cuanto a las dimensiones, en "Consideraciones prácticas" existen diferencias significativas en creencias religiosas ($p=0.015$) y el curso ($p=0.006$). En "Apreciando la vida"

muestra diferencias por la experiencia personal con la eutanasia ($p=0.04$), las creencias religiosas ($p<0.001$) y el curso ($p<0.001$). En “Creencias naturalistas” existen diferencias en la variable curso ($p=0.014$). Por último, en “Consideraciones éticas” hay diferencias por la experiencia personal con la eutanasia ($p=0.039$) y las creencias religiosas ($p<0.001$). El α de Cronbach para los 21 elementos fue de 0.870.

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: La actitud de los estudiantes hacia la eutanasia fue notablemente positiva, coincidiendo con algunos estudios realizados en España o Bélgica. En otros, como Irán, las actitudes son neutras o negativas. Algunos estudios recientes señalan que las diferentes actitudes pueden estar asociadas al hecho de que la práctica esté dentro de la legalidad. En España en 2020, antes de la aprobación de la ley de eutanasia, los estudiantes de enfermería de otra comunidad autónoma, puntuaron un poco más bajo en EAS que en el presente estudio.

No tener creencias religiosas favorece la actitud positiva hacia la eutanasia, afectando tanto a la puntuación total como a la mayoría de las dimensiones. La literatura apunta a los mismos resultados, independientemente del tipo de creencia religiosa. Es importante recordar que España es un estado laico pero con una importante tradición religiosa, por lo que muchas convicciones siguen presentes. El segundo factor que presenta diferencias en la puntuación global es haber cursado primer curso de enfermería. Es decir, estar en primer curso afecta negativamente en comparación a estar cursando segundo, tercero o cuarto. La exposición a contenidos teóricos de carácter ético, así como haber iniciado las prácticas (en nuestro centro se inician en segundo curso), hacen enfrentarse y reflexionar sobre lo que es la muerte y una buena muerte y pueden modelar la actitud inicial que el estudiante pueda tener. La práctica clínica impulsa y consolida el conocimiento de las asignaturas y las habilidades sobre los cuidados a ofrecer. Las implicaciones prácticas a nivel formativo pasan por contemplar desde primer curso más contenidos sobre aspectos éticos y de aplicación de la Ley asociados a una muerte digna, autonomía del paciente y la eutanasia como servicio de cuidado.

- Esta investigación cuenta con la aprobación de la Comisión de Ética de la Universidad. Los estudiantes firmaron el consentimiento informado.
- Los autores no tienen conflictos de intereses.
- Los autores no han utilizado inteligencia artificial generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: Actitudes, Eutanasia, Estudiantes de enfermería, Ética

Bibliografía:

- ¹ Jefatura del Estado. Boletín oficial del estado número 72 (25 de marzo 2021). Internet: Ley Orgánica 3/2021, de 24 de Marzo, de Regulación de la Eutanasia, 2021. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
- ² Onieva-Zafra MD, Fern´andez-Muñoz JJ, Parra-Fernandez ML, et al. Adaptation and validation of the euthanasia attitude scale into Spanish. *Nurs Ethics* 2020; 27: 1201–1212.
- ³ Ministerio de Sanidad. Manual de buenas prácticas en eutanasia. https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf. Administración de Documentos y Archivos, 2021, pp. 1–93.
- ⁴ Eutanasia y suicidio asistido en el mundo. Derecho a Morir Dignamente (DMD). Internet. <https://derechoamorir.org/eutanasia-mundo/> (acceso 24 Octubre 2022).
- ⁵ Ortega-Galán AM, Ruiz-Fernández MD, Alcaraz-Córdoba A, et al. Nursing students’ perceptions of euthanasia legislation: a qualitative study. *Nurse Educ Today* 2022; 116: 105466.
- ⁶ Tordella MA, Neutens JJ. An Instrument to Appraise Attitudes of College Students Toward Euthanasia. *Journal of School Health* 1979; 49: 351–352.
- ⁷ Cayetano-Penman J, Malik G and Whittall D. Nurses’ perceptions and attitudes about euthanasia: a scoping review. *J Holist Nurs* 2021; 39: 66–84.
- ⁸ Verdaguer M, Vallès-Peris N, Busquet-Duran X, et al. Implementation of assisted dying in Catalonia: impact on professionals and development of good practices. Protocol for a qualitative study. *Int J Qual Methods* 2023; 22: 1–11. DOI: 10.1177/16094069231186133.
- ⁹ Rogers JR. Assessing Right to Die Attitudes: A Conceptually Guided Measurement Model. *Journal of Social Issues* 1996; 52: 63–84
- ¹⁰ Ming-lin Chong A, Fok S. Attitudes toward euthanasia in Hong Kong—a comparison between physicians and the general public. *Death Stud* 2004; 29: 29–54.

Otros aspectos:

Influencia de la personalidad en la elección de estudiar el Grado de Enfermería

ID Comunicación: 247

Tipo de comunicación: Oral

Fernández Gutiérrez, C.

Título: Influencia de la personalidad en la elección de estudiar el Grado de Enfermería

Autoría: Carmen Fernández Gutiérrez. Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz) (ORCID 0009-0004-4140-9723)

Objetivo: Estudiar la influencia de los rasgos de personalidad y la elección de estudiar el Grado de Enfermería

Método: Estudio descriptivo transversal mediante muestreo de conveniencia en alumnos reclutados en la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de Cádiz (España) en el primer año del curso del Grado en Enfermería. Se recogieron datos sociodemográficos (sexo, preferencia elección, progenitores relacionados con ciencias de la salud, oportunidad y remuneración económica de la carrera) y los participantes cumplieron el inventario de NEOFFI. Este cuestionario mide los rasgos de personalidad: Responsabilidad, Neuroticismo, Extraversión, Apertura y Amabilidad). Se analizó la relación entre el cuestionario Neoffi (NEO Five- Factory Inventory) y las variables sociodemográficas con la elección de estudiar el Grado de Enfermería. Se consideran estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 94 alumnos (76 (80.85%) mujeres). Las medias de las dimensiones del inventario Neoffi fueron: responsabilidad 27.51 (SD=5.34), extraversión 23.90 (SD=5.22), apertura 22.20 (SD=4.69), amabilidad 22.01 (SD=4.83) y neuroticismo 19.17 (SD=5.83). Eligieron esta carrera como primera opción 46 (48.94%) y 80 (85.11 %) no tienen algún progenitor que ha estudiado alguna carrera relacionada con ciencias de la salud. De los participantes, el 70.21% no considera la remuneración económica que ofrece esta profesión como factor determinante para elegir esta carrera, pero si la disponibilidad de trabajo que ofrece con un 62.77 %. El análisis bivalente muestra que las mujeres y los que no valoran la remuneración económica como factor determinante puntúan más alto en responsabilidad. Por otro lado, los alumnos que eligen la carrera como primera opción y la oportunidad laboral que ofrece el grado en Enfermería se relacionan con puntuaciones más altas en neuroticismo.

Discusión: La elección de estudiar Enfermería se relaciona con factores personales y rasgos de personalidad. Hay poca investigación que analice la importancia de la eficacia académica percibida de los estudiantes universitarios y su relación con las variables psicológicas. Nuestros hallazgos sugieren que la elección de estudiar el Grado de Enfermería está influida por una combinación de características personales, como la responsabilidad y el neuroticismo. Según nuestros resultados la valoración de los rasgos de personalidad mediante el inventario Neoffi es importante para diseñar programas de formación en Enfermería que promuevan el desarrollo de profesionales capacitados y comprometidos.

Palabras clave: personalidad, estudiantes de enfermería, carrera de enfermería, formación

Bibliografía:

¹ Baharum H, Ismail A, McKenna L, Mohamed Z, Ibrahim R, Hassan NH. Success factors in adaptation of newly graduated nurses: a scoping review. *BMC Nurs [Internet]*. 2023;22(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-023-01300-1>

² 2. Erkus G, Dinc L. Turkish nurses' perceptions of professional values. *J Prof Nurs [Internet]*. 2018;34(3):226–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.07.011>

³ Frögéli E, Rudman A, Gustavsson P. The relationship between task mastery, role clarity, social acceptance, and stress: An intensive longitudinal study with a sample of newly registered nurses. *Int J Nurs Stud [Internet]*. 2019;91:60–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.10.007>

⁴ Grigor D, Babeş-Bolyai University, Romania, Turda ES, Babeş-Bolyai University, Romania. Investigating the relationship among adolescents' career indecisiveness, values and optimism in the process of choosing a career. *J Educ Sci & Psychol [Internet]*. 2022;12(74)(2):104–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.51865/jesp.2022.2.12>

⁵ Li Z, Cao J, Wu X, Li F, Zhu C. Intention to leave among newly graduated nurses: A descriptive, multicenter study. *J Adv Nurs [Internet]*. 2020;76(12):3429–39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.14545>

⁶ McClanahan R, Weismuller PC, Johnson S. Use of Licensed Vocational Nurses in California Schools: A Descriptive Study. *J Sch Nurs*. 2021 Dec;37(6):431-440. doi: 10.1177/1059840519887413. Epub 2019 Nov 12. PMID: 31714167.

Otros aspectos:

Comunicaciones orales: Enfoques cualitativos / Oral communications: Qualitative approaches

El diálogo de saberes más allá de un ideal en la atención.

ID Comunicación: 241
Tipo de comunicación: Oral

Quiroz-Hidrovo, A. L.; Larrea-Killinger, C.; Rodríguez-Martín, D.

Palabras clave: salud intercultural, diálogo de saberes, atención culturalmente sensible, atención primaria de salud.

Objetivo: Analizar como articula el personal de salud no indígena los modelos de atención: biomédico, el de medicina tradicional indígena y el modelo de autoatención. Métodos: investigación etnográfica, en una comunidad indígena de Ecuador. La muestra constó de 21 profesionales sanitarios del Centro de Salud. El trabajo de campo se realizó durante 7 meses. Las técnicas utilizadas fueron la observación participante y entrevistas en profundidad. Los escenarios de la observación participante fueron variados, tanto dentro como fuera del centro de atención, incluyeron la comunidad, así como las consultas médicas, de enfermería, de obstetricia y de odontología además de reuniones con los curadores tradicionales. Con los datos generados, se realizó análisis temático, se establecieron los ejes temáticos. La información aportada se pudo contrastar y validar continuamente durante las observaciones y las entrevistas en profundidad.

Resultados: El Personal de Salud no Indígena (PSni) –médicos, enfermeras, odontólogos, obstetras– ponen en cuestionamiento al sistema biomédico –los conocimientos biomédicos recibidos, las políticas y normativas vigentes– y su alcance, ya que se considera insuficiente y limita el diálogo de saberes en contextos interculturales.

“De hecho, nunca recibí algo de interculturalidad o algo de cultura en la universidad en la que estudié. A nivel ministerial, o sea hemos recibido capacitación, pero no se enfocan tanto, son medidas generales (...) estas personas que dan capacitaciones no conocen la realidad, no conocen, no han estado en territorio, no conocen, o sea sólo se encargan de cosas científicas, de bases teóricas y todas estas situaciones, pero no conocen el trabajo de campo. (...) deberían conocer ese trabajo de campo para poder ver cómo es la población, es una población distinta, muy distinta, entonces cuando ya sepan cuál es esa realidad, quizás cambian las cosas, las situaciones de lo que es la parte salud con las diferentes culturas de nuestro país” (ENF_2).

“Así mismo la mayoría de las formaciones son de cosas administrativas de llenar papeles, son solo de tramites (...) yo no puedo hacer cualquier cosas que no diga el ministerio eso de las costumbres es bien complejo (...) no podemos decirle si tome no más el ministerio no deja” (MED_1).

Sin embargo, el PSni de forma aislada parece intentar reconocer las representaciones y prácticas sociales acerca del proceso de salud y enfermedad, a nivel individual, colectivo y familiar y con esto busca darle sentido a la forma de pensamiento comunitario-colectivo.

“Claro ellos creen en sus enfermedades así espirituales, pero no pues, la verdad nosotros a veces podemos, que creamos, pero no tenemos tratamiento para eso, eso el ministerio no reconoce, o sea sí, pero no, por ahí algo mencionan, pero aquí todo es con protocolos y nosotros no tenemos nada sobre eso” (MED_4).

“El parto es también de su cultura. Es algo de ellos. Ellos prefieren que una partera les reciba el niño a que un médico no les reciba. Como le digo, son muy arraigados a su cultura y ven extraño a alguien que no sea de su comunidad. Prefieren que una partera que sea de su comunidad, que la conocen de toda la vida, que todos los días la ven por ahí. Prefieren a alguien de confianza, a alguien que nunca han visto. Eso es netamente, es de su cultura. Las parteras o un familiar son personas que tienen experiencia recibiendo niños. No sólo han recibido a un niño, han recibido muchos niños más. Entonces, mientras ellos sepan lo que hacen y sepan cómo recibir el niño, saben las señales de peligro que puede haber y saben qué hacer después de que se presente una señal de peligro para mí es esta bien” (ENF_1).

Por tanto, el dialogo de saberes en la comunidad se construye entre la tensión, el conflicto y la frustración cuando una paciente, termina por rechazar o abandonar el tratamiento o no desea realizarse los exámenes diagnósticos recomendados por el PSnl y lo reemplaza por la medicina tradicional indígena.

“(…) muchas las mujeres no aceptan, bueno un porcentaje considerable, mejor dicho, no acepta lo que es la anticoncepción, quizás también sea por sus costumbres, por sus creencias, que no es necesario cuidarse, sino que de manera natural tengan sus relaciones (...) y aparte también me he dado cuenta de que no sé, si o sea que aquí la gente sí es, los hombres más que nada son bastantes machistas. Sí, eso también es otra situación sí he tenido un par de experiencias que incluso los propios esposos no dejan que las mujeres usen anticoncepción, que a ellos no les gusta” (ENF_2).

“(…) le comprendo al paciente me callo y digo bueno, sé que sé que no va a ser bien porque el sobador [Persona que, de modo empírico, trata dislocaciones de huesos y realiza masajes para aliviar determinados problemas musculares y óseos] no le va a curar una fractura, pero en cierto punto le tengo que respetar a esa persona, porque son sus creencias, son sus creencias y si es que, para él, para el esposo de la señora, se iba a curar con un sobador, con un curandero, poniéndole hierbitas en la muñeca y se iba a curar, pues se curará” (MED_2).

Discusión: Este estudio parte de una investigación más amplia y con los artículos y comunicaciones se busca analizar las distintas aristas de la interculturalidad en salud. Los resultados expuestos si bien no muestran el ejercicio de un dialogo de saberes consciente y activo, se podría decir con estos datos que los primeros peldaños parecen estar puesto. Ese primer peldaño consiste en reconocer la diferencia a partir de las representaciones sociales acerca del proceso salud enfermedad. El segundo peldaño a partir de los hallazgos muestra que en la práctica de la atención del PSnl hay un intento por incluir el saber popular o saber indígena, desde el reconocimiento de la diferencia y la existencia de otras formas de atención y cuidado. Por tanto, se aprecia un dialogo, que responde a una atención circunstancial, donde los saberes que se reconocen se “respetan” tratando de no cruzar los límites del otro y esperando que no se cruce el saber biomédico. El diálogo de saberes, en el que se da la atención y cuidado es más bien un aspecto más discursivo que aún no se acciona en la práctica. Su implicación requiere de un mayor desarrollo de la competencia cultural en el personal sanitario. Sin embargo, también se observa de forma clara que “estas acciones no dejaban de estar sujetas a jerarquías y al ejercicio de poderes a partir de un modelo médico hegemónico” (Quiroz-Hidrovo, 2024).

Referencias bibliográficas:

- Álvarez Romo, D. et al. Salud intercultural en la atención primaria de salud: un modelo de participación social en Ecuador. Revista Cuatrimestral “Conecta Libertad”, Quito, v. 4, n. 3, p. 148–156, 2020.
- Bonill de las Nieves, C., & Celdrán Mañas, M. (2012). El cuidado y la cultura: Génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. *Index de Enfermería*, 21(3), 160–164. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000200011>
- Breilh, J. (1993). Género, poder y salud: aportes críticos a la construcción (intergenérica) de una sociedad sin subordinaciones. Ediciones CEAS–UTN.
- Langdon, E. J., & Garnelo, L. (2017). Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *Salud colectiva*, 13(3), 457–470. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1117>
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de Los Cuidados*, 3(6), 5–12. <https://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.01>
- López, J. L. H., Larreal, A. G. A., Chamorro, P. M. L., Vargas, L. J. G., & Proaño, F. E. E. (2018). Percepción de la medicina ancestral y convencional en comunidades indígenas de la ciudad de Ambato. *Enfermería Investiga*, 3(4), 180–186. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005269>

Menéndez, E. L. (2010), "Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas". En R. Campos y M. Citarella (Ed.) Yachay Tikuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina. Prohibisaba, Cooperación Italiana, Editorial Gente Común.

Menéndez, E. L. (2015). Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención "paralelas" y proyectos de poder. *Salud colectiva*, 11(3), 301-330. <https://www.scielosp.org/article/scol/2015.v11n3/301-330/es/>

Quiroz-Hidrovo, A. L., Larrea-Killinger, C., & Rodríguez-Martín, D. (2024). La hegemonía del modelo biomédico desde las representaciones del personal de salud en el contexto de un modelo de atención en salud con enfoque intercultural en Chugchilán, Ecuador. *Saúde E Sociedade*, 33(1), e230087es. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230087es>

Rocha-Buelvas, A. (2017). Pueblos indígenas y salud colectiva: hacia una ecología de saberes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1147-1161. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400015>

Otros aspectos del trabajo:

i. Proyecto aprobado por la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (Código IRB00003099) y por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito (Ref. IE3-EXP164-2019-CEISH-USFQ). Previo al inicio del trabajo de campo, se obtuvo la autorización de la comunidad indígena en la celebración de su asamblea general, así como el consentimiento informado personal de los participantes.

ii. No existe conflicto de intereses por parte de los autores.

iii. No se ha utilizado en el presente estudio ninguna herramienta de IA.

INFORME DE CUIDADOS: ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

ID Comunicación: 424

Tipo de comunicación: Oral

García López, M. del M.; Roldán Chicano, M. T.; Ros Bas, O.

Objetivo

Describir la percepción de los profesionales de enfermería de Atención Primaria (AP) de las Áreas de Salud II y VIII del Servicio Murciano de Salud (SMS), con el informe de cuidados (IC).

Metodología

Diseño con enfoque cualitativo. Análisis de contenido de las respuestas de dos preguntas de texto libre incluidas en una encuesta sobre percepción de los profesionales de AP del IC (1-3). La encuesta se distribuyó a través de un muestreo intencionado entre marzo y mayo de 2024, en formato on-line <https://forms.gle/dt47FgRGnBmNELvTA>. Las etapas del análisis de contenido fueron: lectura inicial/preanálisis, codificación, categorización e interpretación de un marco explicativo (4-5).

Resultados

88 profesionales de AP contestaron la encuesta (53 pertenecientes al Área de salud II del SMS, y 35 al Área de Salud VIII). En la pregunta ¿Qué información crees que se debería excluir del IC?, emergieron las siguientes categorías: Redundancia y Duplicación (El alta médica aporta más información, repetición innecesaria de datos al copiar y pegar su contenido en IC), Clínica Irrelevante (detalles no pertinentes al seguimiento del paciente, taxonomías enfermeras y ausencia de información que si se consideraría útil), Falta de Claridad y Comprensibilidad (uso de siglas y términos confusos), Estandarización Innecesaria (Información estandarizada que no agrega valor, generalidades y falta información personalizada).

En relación a la pregunta ¿Qué información crees que se debería añadir al IC? Las categorías fueron Continuidad en cuidados y procedimientos (pautas de cuidado en sondajes, curas, drenajes), Autocuidado del paciente y nuevos formatos (recomendaciones al paciente, solicitud de nuevos formatos para dar instrucciones, vídeos etc), Coordinación y Seguimiento (Información sobre controles y citas futuras).

Discusión

El IC es probablemente el documento legal (Real Decreto 1093/2010, modificado por Real Decreto 572/2023) que más se redacta y emite por parte de los profesionales de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. En nuestro contexto, el porcentaje de informes es un indicador del acuerdo de gestión, pero esta métrica no asegura la calidad su contenido.

Es notable que muchos profesionales consideren que el informe médico ofrece más información relevante sobre la hospitalización que el informe de cuidados. Esta percepción podría evidenciar tanto deficiencias en la capacidad del personal de enfermería responsable del alta para identificar y sintetizar adecuadamente la información sobre los cuidados (sin incurrir en duplicidades) como limitaciones en la estructura del propio informe. Además, el uso de sistemas que vuelcan automáticamente información estandarizada, que puede no haberse actualizado al alta, también puede estar contribuyendo a que el contenido del informe de cuidados resulte menos útil para garantizar la continuidad asistencial.

Algunos profesionales destacan las limitaciones de los lenguajes estandarizados para documentar los cuidados de forma clínicamente significativa (6). Esta problemática se ve acentuada tanto por la falta de actualización de las taxonomías implementadas en la Historia Clínica Digital del SMS desde 2014, como por la imprecisión en su aplicación por parte de los profesionales. Aunque los planes de cuidados estandarizados facilitan el registro durante la hospitalización, si no se adaptan a las características específicas del paciente, no aportan información, de utilidad. El profesional de enfermería receptor del

informe de cuidados se encontrará, una y otra vez, con los mismos diagnósticos, resultados e intervenciones. Además, si durante la hospitalización y en el momento del alta no se ha llevado a cabo una correcta evaluación de los indicadores del resultado, la información relativa a diagnósticos activos o resueltos será confusa o inconsistente. Diversas investigaciones que analizan la calidad de la documentación enfermera señalan el mismo hecho, presencia de deficiencias e imprecisiones en los registros y dificultades en la implementación de los lenguajes NNN (6–9)

La información más valorada es la que asegura la continuidad de cuidados en pautas de curas, mantenimiento de dispositivos (sondajes, drenajes etc.) y en diversas técnicas y procedimientos, así como las recomendaciones de autocuidado a los pacientes, para las que proponen formatos digitales de vídeo, imágenes o audios, haciéndolas más acorde a la forma en la que la población consume información hoy en día.

Palabras clave: Registros de Enfermería; Continuidad de la Atención al Paciente; Atención Primaria de Salud; Investigación Cualitativa; Terminología Estandarizada de Enfermería

Bibliografía:

- ¹ Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76(5):423-36
- ² Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014
- ³ Cruzado Álvarez , Bru Torreblanca A, González Peral R, Aída Otero S. (2008). Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de Atención Primaria. *Enferm Cardiol.* (15, 4521-25). Disponible en: <https://enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/revista/revistas/45/valoracion-del-informe-de-continuidad-de-cuidados-por-enfermeras-de-atencion-primaria>
- ⁴ López Ortín M, Martínez Lax AM, Pérez Galindo MM, Roca Meseguer M, Guillén Torres JM, Muñoz Ureña AM. (2015). Informe de cuidados de Atención Primaria: validación del cuestionario de satisfacción [Comunicación en congreso]. I Jornada de difusión de la investigación enfermera realizada en el área II. Cartagena (Murcia).
- ⁵ Pérez Galindo MM, Roca Meseguer M, Martínez Lax AM, López Ortín M, Murcia Legaz JL, Alcaraz Pérez AM. (2015). Informe de cuidados. ¿Qué piensa el enfermero de Atención Primaria. [Comunicación en congreso] . I Congreso Nacional de Jóvenes Investigadores en Enfermería. Escuela de Práctica Enfermera. Universidad de Murcia. Murcia.
- ⁶ Ríos Jimenez, A. M., Artigas Lage, M., Sancho Gómez, M., Blanco Aguilar, C., Acedo Anta, M., Calvet Tort, G., Hermosilla Perez, E., Adamuz-Tomás, J., & Juvé-Udina, M. E. (2020). Lenguajes enfermeros estandarizados y planes de cuidados. Percepción de su empleo y utilidad en atención primaria [Standardized nursing languages and care plans. Perception of use and utility in primary healthcare]. *Atencion primaria*, 52(10), 750–758. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.005>
- ⁷ Wang, N., Hailey, D., & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of advanced nursing*, 67(9), 1858–1875. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x>
- ⁸ Carrington J. M. (2012). The usefulness of nursing languages to communicate a clinical event. *Computers, informatics, nursing : CIN*, 30(2), 82–90. <https://doi.org/10.1097/NCN.0b013e318224b338>
- ⁹ Giménez-Maroto A, Serrano-Gallardo P (2008). Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero. *Metas Enfermería*, 11 , 57-63 (11)

Otros aspectos:

NIVEL DE HUMANIZACIÓN EN LOS CUIDADOS PERCIBIDA POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

ID Comunicación: 334

Tipo de comunicación: Oral

FERNANDEZ CARRASCO, E.; Muñoz Jiménez, D. M. J.; GONZALEZ SANCHEZ, J. A.; CRUZ SALCEDO, J. C.; SOLAS GOMEZ, B.; LOPEZ MARTIN, S.; TORO HITA, Y.; SERRANO GARCIA, I.; FARALDO CABANA, A.

OBJETIVO:

Objetivo principal: Medir el nivel de humanización del cuidado percibido por profesionales sanitarios, mediante la escala HUMAS.

Objetivos específicos: Conocer la relación entre el nivel de humanización percibida por los profesionales sanitarios y las características sociodemográficas. Identificar la situación basal a la implantación de la Guía de Cuidados Centrados en la Persona.

MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal realizado entre los meses de enero a julio de 2023 en un Hospital de Tercer Nivel designado como "Centro Comprometido con la Excelencia® en los Cuidados" desde 2015.

La población a estudio la constituye el total de profesionales dependientes de la Dirección de Enfermería, que en el mes de julio de 2023 era de 2663.

Para recoger la información sobre el nivel de humanización en los cuidados se difundió entre los profesionales un cuestionario autoadministrado. La distribución del mismo fue persona a persona con la colaboración de los supervisores de unidad y online mediante el envío de un enlace al cuestionario por correo institucional a todo el personal que forma la población a estudio.

El cuestionario se compone de una parrilla de variables sociodemográficas: edad, sexo, categoría profesional, años de experiencia en el servicio actual, años de experiencia en la categoría laboral, servicio o unidad en la que presta sus servicios y nivel de estudios finalizados y de la escala de Humanización en el Profesional Sanitario (HUMAS) para evaluar las competencias de humanización del profesional sanitario.

La escala HUMAS está validada, es de fácil administración y codificación, es un constructo multidimensional que consta de 19 ítems y respuestas con una escala de frecuencia para medir cada una de las 5 dimensiones que integran el concepto de Humanización.

Estas cinco dimensiones descritas son:

- Afectación, definida como la capacidad de procesar adecuadamente la información emocional y empatizar con el estado afectivo de otra persona.
- Autoeficacia, entendida como la confianza en las propias acciones para manejar con éxito las situaciones complicadas y estresantes.
- Comprensión emocional, descrita como la capacidad para identificar y racionalizar los sentimientos y emociones de los demás.
- Disposición al optimismo definido como las expectativas positivas sobre eventos futuros.
- Sociabilidad, referida a la preferencia por buscar la compañía de los demás, poseyendo además la habilidad para relacionarse de manera adecuada.

Se realizó un análisis descriptivo. Las variables cualitativas presentaron la distribución en frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas con la media y desviación estándar. Para la comparación de variables cuantitativas se usó el test de Student. Para todas las pruebas se consideró estadísticamente significativo un valor p de dos colas <0.05 . El procesamiento y análisis de datos se realizó con el software IBM SPSS Statistics v21.

RESULTADOS:

Se recibieron 445 encuestas de las cuales fueron contestadas por mujeres el 83,6% (372) y hombres el 16,4% (73), la media de edad fue de 41,57 años (DE: 11).

Por categoría profesional, las enfermeras/os representaron el 51,5 % (229), los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería el 36% (160) y un 12,5 % (56) fueron otros profesionales como fisioterapeutas, ópticos, terapeutas ocupacionales y enfermeras internas residentes.

Las Unidades con mayor número de respuestas fueron Pediatría con un 8,3% (37), Medicina Interna 8,1% (36), Neurociencias 8,1% (36), Quirófano 5,4% (24), Consultas 5,4% (24), Geriátrica 5,2% (23) y Psiquiatría 4.7% (21) y Nefrología y Neonatología con un 4,3% cada una que representan a 19 profesionales respectivamente. El 46,8% restante engloba a unidades de hospitalización como Digestivo, Oncología, Hematología y Obstetricia, Urgencias, UCI, URPA y otros servicios como Nutrición, Banco de sangre y Cuidados Paliativos.

La media de los años de experiencia en el servicio actual fue de 4 años (RI:1-10)

En cuanto al nivel de estudios finalizados el 39,1 % (174) poseen titulación universitaria básica, el 23% (106) titulación universitaria nivel máster, el 32,4% (144) formación profesional, el 2,7% (12) educación universitaria nivel doctorado y el resto acabaron el bachiller.

Los resultados obtenidos en las 5 dimensiones y los rangos de interpretación de la escala son:

- BAJA DISPOSICIÓN AL OPTIMISMO: promedio 11,45 DE: 1.97 (baja = 0-11; media = 12-14; alta = 15)
- BAJA-MEDIA SOCIABILIDAD promedio: 13.64 DE:1,51 (baja= 0-13; media=14; alta=15)
- MEDIA COMPRENSIÓN EMOCIONAL promedio 11,45 DE: 2,09 (baja=0-10; media=11; alta=12-15)
- BAJA- MEDIA AUTOEFICACIA promedio: 19.96 DE: 2,38 (baja=0-19; media=20-21; alta=22-25)
- MEDIA AFECTACIÓN promedio 18,60 (baja=21-25; media=17-20; alta=0-15)

La puntuación global de la Humanización en los cuidados es baja con un promedio de 69,71 DE: 7,09 (baja=0-73; media=74-81; alta=82-95) .

Existen unas diferencias estadísticamente significativas entre enfermeras y técnicos medios auxiliares de enfermería en las dimensiones de la escala: disposición al optimismo ($p=0.023$), comprensión emocional ($p=0.021$), autoeficacia ($p=0.010$) y afectación ($p=0.01$). Las enfermeras presentan niveles significativamente más bajos en dichas dimensiones, pero a nivel clínico no es relevante ya que las medias en ambas categorías se encuentran dentro de los mismos rangos de interpretación de la escala.

No se encontró ninguna asociación significativa entre el nivel de humanización global ($r=-0.001$), ni en las cinco dimensiones descritas en la escala con los años de experiencia en el servicio de los profesionales que participan en el estudio.

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

La humanización en salud busca atender de manera integral y personalizada a cada individuo, respetando su singularidad y dignidad. La enfermería, como pilar fundamental de la atención sanitaria, juega un papel crucial en este proceso, centrándose en las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de las personas.

La mayor parte de los indicadores que valoramos cuando hablamos de humanización miden la satisfacción de los pacientes con ciertos aspectos relacionados con los servicios sanitarios como el trato y la amabilidad de los profesionales, la información facilitada en diferentes momentos de la asistencia, el tiempo y la dedicación de los profesionales, el respeto a la intimidad, el silencio por la noche y el tratamiento del dolor.

Sin embargo, como describen Perez-Fuentes y colaboradores en su artículo "Desarrollo y validación de la Escala de Humanización de Profesionales de la Salud (HUMAS) para Enfermería" la humanización de la atención, como tal, se basa en la interacción entre diversos actores esenciales: pacientes y familiares, profesionales sanitarios y gestores.

La humanización del cuidado exige una formación especializada y unas cualidades específicas del personal de enfermería, condiciones laborales favorables y una gestión que promueva la participación activa de pacientes y familiares en su proceso

de recuperación. Un enfoque centrado en el paciente, una comunicación efectiva y el trabajo en equipo son fundamentales para garantizar una atención de calidad y humanizada.

Con la línea iniciada en 2012, con la incorporación de nuestro Centro al Programa BPSO, de fundamentar nuestra práctica asistencial en la evidencia científica y centrarla en el paciente y familia, comenzamos en 2023 la implantación de la Guía de Cuidados Centrados en el Paciente y la Familia desarrollada por la RNAO, cuyo objetivo principal es proporcionar al paciente y la familia, a través de una buena relación terapéutica, todas las herramientas necesarias para que éstos sean los protagonistas de su proceso y puedan participar activamente de la toma de decisiones referentes a su cuidado.

Evaluar la situación basal a la implantación de la Guía de Cuidados Centrados en la Persona implica comprender la humanización desde la perspectiva tanto del paciente como del profesional. Este paso previo es fundamental para planificar y desarrollar actividades alineadas con las recomendaciones de la Guía.

La satisfacción del paciente con la humanización la conocemos a través de las encuestas que el Observatorio Regional de la Comunidad de Madrid realiza anualmente a los pacientes que han estado ingresados en el Centro. Sin embargo, evaluar el nivel de humanización desde la perspectiva de los profesionales no es una práctica habitual ni sistematizada en las instituciones sanitarias.

Para conocer la humanización de los cuidados desde la perspectiva del profesional se difundió la Escala de Humanización del Profesional Sanitario (HUMAS) entre todo el personal de Enfermería.

Los resultados de este estudio reflejan baja humanización en los cuidados. Factores como la situación sanitaria, social y política vivida por la pandemia por COVID y la inestabilidad de las plantillas en el hospital debido a numerosos procesos de consolidación de empleo pueden haber influido de una manera relevante en la obtención de estos resultados.

La escala HUMAS ha sido utilizada en otro estudio a nivel internacional, publicado por Maria Luiza Raduan Meinberg en enero de 2021 concluyendo que “la humanización debe ser experimentada y sentida por todos los profesionales que trabajan en el hospital y necesita reflejarse en la atención ofrecida al paciente y su familia”.

La escala HUMAS puede ayudar a conocer si los centros con un nivel alto de HUMAS tienen mejores resultados en la evaluación de la calidad de la atención percibida por los pacientes.

Palabras clave: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, ATENCION CENTRADA EN LA PERSONA.

Bibliografía:

¹ Pérez-Fuentes MDC, Herera-Peco I, Molero Jurado MDM, Oropesa Ruiz NF, Ayuso-Murillo D, Linares JJG. The development and validation of the healthcare professional humanization scale (HUMAS) for nursing. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(20):10–2.

² Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *Patient [Internet]*. 2019;12(5):461–74. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>

³ Shin S, Kang J. Development and Validation of a Person-Centered Perioperative Nursing Scale. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci) [Internet]*. 2019;13(3):221–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.07.002>

⁴ Greene SM, Tuzzio L, Cherkin D. A framework for making patient-centered care front and center. *Perm J*. 2012;16(3):49–53.

⁵ Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira MA. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care | Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev Gauch Enferm*. 2019;40:e20180263.

⁶ Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR da. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1040–7.

⁷ Grinspun D. Transforming nursing through knowledge: Progress on the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) best practice guidelines programme. *Enferm Clin [Internet]*. 2020;30(3):133–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.03.002>

⁸ Registered Nurses' Association of Ontario. Cuidados centrados en la persona y familia. 2015.

⁹ Suazo I, Pérez-Fuentes MDC, Jurado MDM, Martínez ÁM, Márquez MDMS, Martín ABB, et al. Moral sensitivity, empathy and prosocial behavior: Implications for humanization of nursing care. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23):1–14.

¹⁰ Belmar A, Guell M, Chaparro J, Grinspun D. IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN ENFERMERÍA: PROGRAMA BPSO COMO HERRAMIENTA PRINCIPAL. *Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]*. 2018;29(3):311–21. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300579>

¹¹ Pérez-Fuentes M del C, Jurado M del MM, Gázquez Linares JJ. Explanatory Value of General Self-Efficacy, Empathy and Emotional Intelligence in Overall Self-Esteem of Healthcare Professionals. Soc Work Public Health [Internet]. 2019 May 19;34(4):318–29. Available from: <https://doi.org/10.1080/19371918.2019.1606752>

¹² Meinberg MLR, Murad ACS, Anbar ID, Anbar JPD, Santos TMI dos, Filho IJZ. Proposal for the Universalization of Humanized Care in Health Centers: Oncological Individuals. MedNEXT J Med Health Sci. 21 de enero de 2021;2(1):59-65.

Otros aspectos:

Experiencia de una vida respirando carbón: visión de los mineros con silicosis en la comarca de El Bierzo

ID Comunicación: 92

Tipo de comunicación: Oral

Corral García, S.; Hernández Ovejero, H.; González González, T.; Luque Bravo, P.; Huerta Melián, E.; Miana Ortega, M.; Quintana Alonso, R.; Chamorro Rebollo, E.

SILICOSIS: EXPERIENCIAS DE VIDA RESPIRANDO CARBÓN EN LA COMARCA DE EL BIERZO

Autores: Corral García S (ORCID: 0009-0001-7493-256X), Hernández Ovejero H (ORCID: 0009-0004-8669-4599), González González T (ORCID: 0009-0000-4081-7945), Luque Bravo P, Huerta Melián E, Miana Ortega M (ORCID: 0000-0002-0801-8024), Quintana Alonso R (ORCID: 0000-0002-6746-6134), Chamorro Rebollo E (ORCID: 0000-0001-8515-5471).

Palabras clave: Silicosis, experiencia de vida, minas de carbón, enfermedades profesionales.

Introducción: La silicosis ha sido la enfermedad ocupacional más letal y duradera del s.XX, diagnosticándose con frecuencia en los mineros del carbón, una actividad industrial que ha estado muy presente en la comarca de El Bierzo (provincia de León, España). Esta enfermedad, reconocida como profesional desde principios del s. XX, es originada por la acumulación en los pulmones de polvo inorgánico procedente de diferentes minerales de la corteza terrestre. En las fases iniciales, la enfermedad es asintomática, pero conforme progresa, se reduce la capacidad funcional del individuo y aparecen diferentes limitaciones.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue conocer la experiencia de vida de los mineros diagnosticados de silicosis en la cuenca berciana.

De este objetivo, se desprendieron los siguientes objetivos específicos:

- Conocer la experiencia de vida de los mineros de la cuenca berciana diagnosticados de silicosis. Indagar en las causas que los llevaron a trabajar en la mina.
- Averiguar su percepción del riesgo y los conocimientos previos en relación a los riesgos de la exposición y medidas de prevención.
- Describir las vivencias de los participantes en el momento del diagnóstico, la evolución de la enfermedad y las limitaciones que provoca en el día a día.
- Valorar las repercusiones sociales y psicológicas derivadas del proceso de la enfermedad.
- Describir las vivencias generadas por la atención prestada por los profesional que les prestan los profesionales sanitarios y su grado de satisfacción con el mismo.

Finalmente, se estableció un objetivo secundario que fue conocer si los mineros afectados por silicosis tienen tratamiento respiratorio inhalado y si realizan un buen manejo de los dispositivos.

Métodos: Estudio cualitativo de corte fenomenológico, a través de entrevistas semiestructuradas. Se recogieron los testimonios de exmineros, mayores de 40 años, con un diagnóstico clínico de silicosis, que hubiesen trabajado como mínimo cinco años en una explotación de carbón en la comarca de El Bierzo. El reclutamiento de los participantes se hizo a través de dos asociaciones profesionales y mediante la difusión del estudio en un periódico y una emisora de radio local.

Resultados: Se obtuvieron nueve entrevistas válidas que arrojaron cuatro categorías fundamentales, que reflejaron que los exmineros con un diagnóstico de silicosis tenían experiencias de vida complejas. Categoría 1000 "La vida antes de la mina": describe la necesidad de trabajar en la mina como forma óptima de asegurarse el sustento de la unidad familiar ante la ausencia de mejores alternativas. Categoría 2000 "Dentro de la mina": se detectan sentimientos encontrados a partir del

reconocimiento de las duras condiciones de trabajo, la percepción del riesgo físico, la constatación de la escasez de medidas preventivas, y de otro lado, la remuneración económica, percibida en ese momento como compensadora. Categoría 3000 “La enfermedad que genera la mina”: describe el momento en el que el riesgo químico, menospreciado previamente, se torna en una realidad, en algunos casos aún asintomática, pero con limitaciones de la capacidad vital para otros. Categoría 4000 “La vida después de la mina”: ahora ya sí, la totalidad de los participantes expresan las consecuencias no solo físicas, sino también psicológicas y sociales derivadas de la exacerbación de la enfermedad.

Discusión: El estudio refleja las duras experiencias de vida de los mineros afectados en el siglo pasado por silicosis, cuyas secuelas, que afectan a todas las dimensiones de la persona, se perpetúan en el presente. Lo más llamativo sería que en el momento actual, otros trabajadores de nuevas industrias, como por ejemplo la de los conglomerados artificiales de cuarzo (utilizados en la producción de las encimeras que se instalan en las cocinas de las viviendas de hoy en día), continúan experimentando situaciones parejas a las vividas por los mineros en el pasado. Por todo ello, sigue siendo imprescindible el desarrollo y la promoción de las especialidades de Medicina y Enfermería del Trabajo, cuyos profesionales tienen como misión la prevención de lesiones y enfermedades relacionadas con el puesto de trabajo.

Referencias bibliográficas:

- Abú-Shams K, Fanlo P, Lorente MP. Silicosis. An Sist Sanit Navar. 2005;28(Supl. 1):83–9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000200011&lng=es&tlng=es.
- Betancourt-Peña J, Hurtado-Gutiérrez H. Efectos de un programa de rehabilitación pulmonar en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa. Fisioterapia. 2015;37(6):286–92. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ft.2014.12.001>
- Fernández Álvarez R, Martínez González C, Quero Martínez A, Blanco Pérez JJ, Carazo Fernández L, Prieto Fernández A. Normativa para el diagnóstico y seguimiento de la silicosis. Arch Bronconeumol. 2015;51(2):86–93. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2014.07.010>.
- Koller M, Scholz S, Pletscher C, Miedinger D. Silicosis in Switzerland. Int J Occup Med Environ Health. 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01272>.
- Pérez Alonso A. Experiencias y vivencias de marmolistas diagnosticados de silicosis tras el mecanizado de aglomerados artificiales de cuarzo [doctoral thesis]. 2021. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=2053191#>
- Rattia-Rivas CE, Martínez-Aguirre S, Affinito M, Lonighi SS, Maqueda J. Silicosis en trabajadores expuestos a conglomerados de cuarzo. Med Segur Trab. 2022;68(266) 266. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2022000100002>.
- Ministerio de Sanidad. Protocolo de vigilancia sanitaria específica: Silicosis. 2020. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/silicosis.pdf>.
- Martínez González CM, Menéndez Navarro AM. El Instituto Nacional de Silicosis y las enfermedades respiratorias profesionales en España. In: Historia de la neumología y la cirugía torácica españolas. 2006. p. 145–62. Disponible en: https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/20081/2006_AMN_Silicosis_SEPAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- González Sánchez J. Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. Med Segur Trab. 2011; 57(222): 15–22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000100003&lng=es&tlng=es.
- Finkel Morgenstern L, Menéndez MA, Sierra MG. Estudio sobre el impacto emocional de la enfermedad crónica. 2021. Disponible en: https://plataformadepacientes.org/sites/default/files/pop_informe_impactoemocional_v04.pdf

Otros aspectos del trabajo:

- El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia de Salamanca.
- Los participantes entrevistados firmaron previamente un documento de consentimiento informado.
- Los autores del estudio declaran no tener ningún conflicto de interés.
- Los autores no han utilizado inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: Silicosis, experiencia de vida, minas de carbón, enfermedades profesionales.

Bibliografía:

- ¹ Abú-Shams K, Fanlo P, Lorente MP. Silicosis. *An Sist Sanit Navar*. 2005;28(Supl. 1):83-9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000200011&lng=es&tlng=es.
- ² Betancourt-Peña J, Hurtado-Gutiérrez H. Efectos de un programa de rehabilitación pulmonar en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa. *Fisioterapia*. 2015;37(6):286-92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ft.2014.12.001>.
- ³ Fernández Álvarez R, Martínez González C, Quero Martínez A, Blanco Pérez JJ, Carazo Fernández L, Prieto Fernández A. Normativa para el diagnóstico y seguimiento de la silicosis. *Arch Bronconeumol*. 2015;51(2):86-93. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2014.07.010>.
- ⁴ Koller M, Scholz S, Pletscher C, Miedinger D. Silicosis in Switzerland. *Int J Occup Med Environ Health*. 2018. Available from: <https://doi.org/10.13075/ijom.1896.01272>.
- ⁵ Pérez Alonso A. Experiencias y vivencias de marmolistas diagnosticados de silicosis tras el mecanizado de aglomerados artificiales de cuarzo [doctoral thesis]. 2021. Available from: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=2053191#>
- ⁶ Rattia-Rivas CE, Martínez-Aguirre S, Affinito M, Lonighi SS, Maqueda J. Silicosis en trabajadores expuestos a conglomerados de cuarzo. *Med Segur Trab*. 2022;68(266) 266. Available from: <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2022000100002>.
- ⁷ Ministerio de Sanidad. Protocolo de vigilancia sanitaria específica: Silicosis. 2020. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/silicosis.pdf>.
- ⁸ Martínez González CM, Menéndez Navarro AM. El Instituto Nacional de Silicosis y las enfermedades respiratorias profesionales en España. In: *Historia de la neumología y la cirugía torácica españolas*. 2006. p. 145-62. Available from: https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/20081/2006_AMN_Silicosis_SEPAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ⁹ González Sánchez J. Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. *Med Segur Trab*. 2011;57(222):15-22. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000100003&lng=es&tlng=es.
- ¹⁰ Finkel Morgenstern L, Menéndez MA, Sierra MG. Estudio sobre el impacto emocional de la enfermedad crónica. 2021. Available from: https://plataformadepacientes.org/sites/default/files/pop_informe_impactoemocional_v04.pdf.

Otros aspectos:

Transición a un rol de gestión de primera línea: Perspectiva de las enfermeras

ID Comunicación: 222

Tipo de comunicación: Oral

Esquisábel-Soteras, B.; Pardavila-Belio, M. I.; Vázquez-Calatayud, M.; Acilu-Fernández, A.; Robert, G.

Introducción: Las percepciones de las enfermeras gestoras de primera línea sobre su preparación influyen en su desempeño, impactando en la experiencia de los pacientes, el desempeño de la función asistencial de las enfermeras y en los resultados de la organización. Conocer sus experiencias durante la transición puede orientar el diseño de programas de formación y apoyo continuo.

Objetivo: Explorar las percepciones de las enfermeras sobre la transición a un rol de gestión de primera línea.

Metodología: Estudio cualitativo exploratorio, fase 1 (Modeling) de un estudio más amplio basado en el marco metodológico del Medical Research Council. Se utilizó un muestreo intencionado de participantes de dos hospitales universitarios de nivel terciario. Tras la aprobación del Comité de Ética, se realizaron 7 grupos focales: tres con enfermeras asistenciales (N=19), tres con gestoras de primera línea (N=25) y uno con directoras de área (N=4). También se llevaron a cabo dos entrevistas con directoras de enfermería y 50 horas de observaciones no participantes, para comprender mejor el contexto. Las sesiones, de 60 a 90 minutos, fueron grabadas y transcritas para análisis temático según Burnard.

Resultados: Las 50 participantes fueron mujeres, con una edad media de 43,5 años (DE=9,04), y experiencia laboral promedio de 20,7 años (DE=9,79). El 58,1% de las gestoras tenían máster y experiencia media en gestión de 10,8 años (DE=8,61). Los resultados se agruparon en tres etapas de la transición: pre-transición (importancia de habilidades personales), intra-transición (adquisición de competencias core) y post-transición (necesidad de encuentros regulares entre iguales y superiores). Se identificaron subcategorías que incluían barreras y facilitadores organizacionales y personales.

Conclusiones: Este estudio pone de relieve la necesidad de elaborar planes de sucesión, que identifique líderes potenciales, y la implementación de planes de transición estructurados, que garanticen la adecuada adhesión y desarrollo en el puesto. Además, es importante ofrecer programas de apoyo y orientación que aborden tanto las necesidades individuales de desarrollo como las particularidades específicas de cada entorno, asegurando así una integración exitosa y un desempeño efectivo en estos roles.

Palabras clave: Percepciones, transición, plan de sucesión

Bibliografía:

¹ Ashley C, Brown A, Halcomb E, Peters K. Registered nurses transitioning from acute care to primary healthcare employment: A qualitative insight into nurses' experiences. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 Feb 27;27(3-4):661-8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13984>

² LaCross E, Hall N, Boerger JA. Nurse Manager Succession Planning. *JONA: The Journal of Nursing Administration* [Internet]. 2019 Jun;49(6):331-5. Available from: <https://journals.lww.com/00005110-201906000-00010>

³ Manion A, Griffin PEJ, Van Dam PJ. Nurses' perceptions of preparedness for acting as Nurse Unit Managers: A cross-sectional study. *Collegian* [Internet]. 2021 Dec;28(6):685-91. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1322769621000263>

⁴ Moore LW, Sublett C, Leahy C. Nurse managers' insights regarding their role highlight the need for practice changes. *Applied Nursing Research*. 2016;30:98-103.

Otros aspectos:

Comunicaciones orales: Cuidadores y pacientes dependientes / Oral communications: Caregivers and dependent patients

OBSERVATORIO NEONATAL DE LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE PREVALENCIA 22-23.

ID Comunicación: 384

Tipo de comunicación: Oral

Buck Sainz-Rozas, P.; Balaguer López, E.; Gros Turpin, A.; Canovas Alicante, M.; Gonzalez García, L.; de Frutos Pecharromán, J.; Pla Marzo, L.; Mora Morillo, I. M.; García-Molina, P.

Título: OBSERVATORIO NEONATAL DE LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE PREVALENCIA 22-23.

Autores: Pablo Buck Sainz-Rozas (<https://orcid.org/0000-0002-9401-2699>), Evelin Balaguer López (<https://orcid.org/0000-0003-4204-3511>), Anna Gros Turpin, Mireia Canovas Alicante, Laura Gonzalez García, Julia de Frutos Pecharromán, Laura Pla Marzo, Isabel María Mora Morillo, Pablo García Molina (<https://orcid.org/0000-0003-2101-8472>).

Objetivo: obtener indicadores epidemiológicos actualizados de riesgo y prevalencia de Lesiones Cutáneas Relacionadas con la Dependencia (LCRD) en población neonatal hospitalizada. Establecer una red neonatal como observatorio nacional de LCRD neonatales. Se plantea como objetivos secundarios:

- Determinar la prevalencia de LCRD en las unidades de neonatología e Instituciones pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.
- Calcular el riesgo de desarrollar LCRD mediante la escala e-NSRAS en la población a estudio.
- Caracterizar el estadiaje de LCRD en las unidades de neonatología del Sistema Nacional de Salud.
- Identificar las características clínicas de los neonatos que presentan LCRD.
- Describir los factores de riesgo que se relacionan con la aparición de las LCRD.

Métodos: se realizó un estudio observacional analítico transversal y multicéntrico, con 3 cortes de prevalencia en 2022-2023 en hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Se incluyó la población neonatal ingresada, que dio su consentimiento informado, en el momento del corte, a través de una hoja de observación ad hoc y la valoración del riesgo.

Se diseñó un Cuaderno de Recogida de Datos que incluía variables sociodemográficas, factores de riesgo, medidas preventivas, la escala e-NSRAS y la valoración de las LCRD. Los datos se recopilaron mediante observación directa, consulta de la historia clínica y entrevistas a los profesionales. Se transcribieron por cada centro al software Lyme Survey®. Se utilizaron estadísticas descriptivas y pruebas de normalidad (K-S), Chi2 y U-Mann-Whitney en SPSS Statistics®. El estudio fue aprobado por los comités éticos de los hospitales participantes. Los resultados se redactaron siguiendo el checklist de STROBE.

Resultados: participaron 15 hospitales que sumaron 1973 camas. Se incluyeron 671 neonatos que cumplieron criterios de inclusión, 56% de cuidados intermedios y 44% de críticos. Como factores riesgos, el 96,1% fueron portadores de dispositivos, siendo los más frecuentes el pulsioxímetro (95%) y las sondas gástricas (65%). Se encontraron diferencias significativas entre el número de dispositivos y la presencia de Lesiones Por Presión (LPP) (3,67) o no (2,48, p=0,00).

La puntuación media de e-NSRAS fue de 18,7 (6-24) puntos, encontrándose en riesgo el 33,8% de la población. Existe una correlación negativa estadísticamente significativa entre el valor de la e-NSRAS y el número de dispositivos (p=0,00) o la presencia de LPP (p=0,000).

Como medidas preventivas al 99% se les realizaron cambios posturales (95% cada 3 horas), al 98% cambios de la localización del pulsioxímetro (94% cada 3 horas) y se aplicaron productos barrera al 21% y ácidos grasos al 23%. La prevalencia fue del 30,6% (205) para las LCRD, de 9,8% (66) para LPP, de 14,4% (140) para Lesiones Por Humedad (LPH) y

de 4,17% (28) para Lesiones Por Fricción (LPF). El 74,2% de las LPP sucedieron en críticos y el 69,35 de las LPH en intermedios.

Discusión: reconocer y abordar el riesgo de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD) en pacientes neonatales es crucial. Tres de cada diez neonatos ingresado sufre al menos una LCRD, donde las LPH son las más prevalentes (predominan en semicríticos) y las LPP (en unidades de críticos).

Conocer los factores de riesgo, implementar medidas preventivas basadas en la evidencia y conocer su efectividad mejora significativamente la calidad de los cuidados ofrecidos, promoviendo la excelencia clínica. Constituir un observatorio nacional, permite disponer de datos precisos y actualizados sobre la prevalencia de las LCRD en pacientes neonatales, lo cual es fundamental para entender la magnitud del problema y desarrollar estrategias efectivas de prevención y tratamiento.

Otros aspectos del trabajo: El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de ética del hospital promotor y de cada uno de los hospitales participantes y ha recabado el consentimiento informado de todos los participantes en el estudio. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. Los autores declaran no haber utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: Úlcera por presión, Prevalencia, Recién-Nacido, Medición de riesgo, Atención Enfermería

Bibliografía:

¹ García Fernández FPedro, Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014.

² National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel PPIA. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Haesler E, editor. Osborne Park, Western Australia: Cambridge Media; 2014.

³ García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no II. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014.

⁴ Garcia-Molina P, Balaguer-Lopez E, Garcia-Fernandez FP, Ferrera-Fernandez M de LA, Blasco JM, Verdu J. Pressure ulcers' incidence, preventive measures, and risk factors in neonatal intensive care and intermediate care units. International wound journal. 2018 Aug;15(4):571-9.

⁵ Marufu T, Setchell B, Cutler E, Dring E, Wesley T, Banks A, Chatten M, Dye E, Cox S, Boardma R, Reilly L, Manning J. Pressure injury and risk in the inpatient paediatric and neonatal populations: A single centre point-prevalence study. Journal of Tissue Viability. 2021.doi:10.1016/j.jtv.2021.02.004

⁶ Pancorbo-Hidalgo Pedro L., García-Fernández Francisco P., Pérez-López Cristina, Soldevilla Agreda J. Javier. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5o Estudio Nacional de 2017. Gerokomos. 2019;30(2):76-86.

⁷ Quesada-Ramos C, García-Molina P. Úlceras por presión en pediatría. In: García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Torra i Bou J-E, editors. Atención Integral de las Heridas Crónicas. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2016. p. 760.

Otros aspectos:

Vivencias del cuidador informal de pacientes con Alzheimer

ID Comunicación: 217

Tipo de comunicación: Oral

López Moreno, L.; Martínez Martín-Luengo, M. M.; Aparicio Martín, A.; Miana Ortega, M.; Buceta Toro, M. I.

"Vivencias del cuidador informal de pacientes con Alzheimer"

Objetivos:

Objetivo general 1: definir la existencia de carga del cuidador existente en cuidadores informales de personas con Alzheimer.

- Objetivo específico:
 - Evaluar el grado de afectación del cuidado del familiar en cuanto a edad, sexo, años como cuidador, presencia de más cuidadores y compatibilidad del cuidado con vida laboral.

Objetivo general 2: Conocer la vivencia de cuidadores informales de personas con Alzheimer, derivadas del cuidado de estos desde el punto de vista de su vida propia y su vida social.

- Objetivos específicos:
 - Valorar la evolución de la carga del cuidador en el tiempo.
 - Explorar la influencia del tiempo que pasa la persona cuidando de su familiar en su propia vida.
 - Explorar la afectación en la vida propia de los cuidadores informales de personas con Alzheimer.
 - Ahondar en la vivencia de autocuidado de los cuidadores informales de personas con Alzheimer.
 - Evaluar las distintas ayudas que recibe el cuidador para su propia salud.

Método:

Estudio descriptivo de diseño mixto a partir de un cuestionario que incluyó la recogida de variables sociodemográficas y la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit como metodología cuantitativa y la elaboración de entrevistas semiestructuradas para la metodología cualitativa. Se analizó la normalidad, frecuencias, medias y estadística inferencial mediante análisis de chi cuadrado para el apartado cuantitativo, así como estructura de categorización fenomenológica en el apartado cualitativo.

Resultados:

Los cuidadores informales de pacientes con Alzheimer son fundamentalmente, de edad media y avanzada (media de 61,6 años) y en su mayoría mujeres (76,9%), con una dedicación al cuidado de casi todo el día. Se puede ver que el sexo, la edad, los años dedicados al cuidado y compaginar el cuidado con el empleo, no tienen relación con la sobrecarga. A pesar de que la mayoría de los participantes no tuvieron sobrecarga (69,2%), si afirman que es una enfermedad dura de sobrellevar sobre todo al principio y echan en falta recursos para ellos; una gran ayuda para ellos son los centros de día que les ofrecen un respiro para su autocuidado y su ocio, así como la ayuda de otros familiares, compartir experiencias o tener alguien con quien desahogarse o a quién pedir consejo y apoyo. Esto afecta a la disminución de la sobrecarga ya que tienen más tiempo para ellos y se sienten más relajados y apoyados.

Discusión:

En mi estudio los sujetos que participaron fueron en su mayoría mujeres, hay estudios que coinciden con mis resultados y otros que no, la media de edad suele ser avanzada en todos los estudios consultados, así como en el mío. Aunque se cree que las personas de avanzada edad y, sobre todo, las mujeres, tienen más sobrecarga, se ha podido comprobar que no es así, la sobrecarga es independiente de la edad y del sexo, esto se ha podido comparar con otros estudios en los que algunos coinciden y otros difieren. Se ha podido observar que la sobrecarga depende de factores personales, así como del estado emocional o de las distintas ayudas que les ofrecen a los cuidadores. Por lo que se debe prestar atención a estos cuidadores para identificar la posible sobrecarga y paliarla.

Palabras clave: "Cuidador informal", "enfermedad de Alzheimer (EA)" y "sobrecarga".

Bibliografía:

- ¹ Lane CA, Hardy J, Schott JM. Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology* [Internet]. 2018 [citado 4 de noviembre de 2023];25(1):59-70. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ene.13439>
- ² Garzón Patterson M, Pascual Cuesta Y, Garzón Patterson M, Pascual Cuesta Y. Relación entre síntomas psicológicos-conductuales de pacientes con enfermedad de Alzheimer y sobrecarga percibida por sus cuidadores. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. junio de 2018 [citado 27 de marzo de 2024];34(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192018000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- ³ Pérez Perdomo M, Cartaya Poey M, Olano Montes de Oca BL. Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. diciembre de 2012 [citado 29 de marzo de 2024];28(4):509-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192012000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- ⁴ Fauth EB, Femia EE, Zarit SH. Resistiveness to care during assistance with activities of daily living in non-institutionalized persons with dementia: associations with informal caregivers' stress and well-being. *Aging & Mental Health* [Internet]. 1 de septiembre de 2016 [citado 6 de abril de 2024];20(9):888-98. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1049114>
- ⁵ Abreu W, Tolson D, Jackson GA, Costa N. A cross-sectional study of family caregiver burden and psychological distress linked to frailty and functional dependency of a relative with advanced dementia. *Dementia* [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 6 de abril de 2024];19(2):301-18. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1471301218773842>
- ⁶ Cerquera Córdoba AM, Granados F, Buitrago A. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychología: Avances de la Disciplina* [Internet]. 2012 [citado 5 de abril de 2024];6(1):35-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4924053>
- ⁷ Zabala-Gualtero JM, Cadena-Sanabria MO, Zabala-Gualtero JM, Cadena-Sanabria MO. Enfermedad de Alzheimer y Síndrome de Carga del Cuidador: la importancia de cuidar al cuidador. *Medicas UIS* [Internet]. abril de 2018 [citado 19 de febrero de 2024];31(1):9-14. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-03192018000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Otros aspectos:

Humanización e Innovación

ID Comunicación: 206

Tipo de comunicación: Oral

Cid Expósito, M. G.; Rodríguez Vázquez, R.; Alameda Cuesta, A.; Lizcano Álvarez, A.; Gonzalez Gil, T.; Parro Moreno, A. I.; Alcolea Cosín, M. T.; Oter Quintana, C.

En la Universidad Rey Juan Carlos, en los estudios de grado en enfermería, se ha introducido en el segundo curso del año académico 2023/2024, un proyecto de innovación educativa que incluye la escucha de podcast, junto con el debate mediante mensajes en foros de discusión en aula virtual. Este proyecto ha sido valorado positivamente y financiado en la Convocatoria de Proyectos de Innovación Educativa 2023/2024 de la Universidad Rey Juan Carlos. El equipo de trabajo forma parte del Grupo de innovación educativa Cuida-LOG de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Rey Juan Carlos.

Se pretendió promover el pensamiento crítico hacia la humanización en cuidados enfermeros en el contexto de las asignaturas Enfermería Obstétrico-Ginecológica y Enfermería neonatológica y Pediátrica. ¿No es inherente la humanización en la profesión enfermera puesto que se trabaja con personas? ¿No es la empatía una cualidad profesional inherente a los profesionales de enfermería?

Objetivo

Analizar la satisfacción del alumnado tras el uso de estas herramientas a lo largo de segundo curso del grado en enfermería.

Evaluar mediante la Escala JSE-HPS el grado de empatía de los estudiantes, al inicio y final de curso.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo en el cual se recopilaban variables sociodemográficas de los participantes, así como el nivel de satisfacción con las herramientas docentes implementadas y la escala JSE-HPS para determinar si hubo variación entre el final y el inicio de curso.

En los podcasts se podían escuchar entrevistas, a enfermeras y pacientes, sobre diversos temas relacionados con los procesos de atención enfermera materno-infantil en los que habían participado, atendiendo a la humanización en la asistencia sanitaria como eje central de la entrevista. Los estudiantes debían realizar una reflexión crítica sobre el contenido escuchado, en foros de discusión del aula virtual de cada asignatura. Los estudiantes cumplieron la escala Jefferson empathy scale health professions students version (JES-HPS) al inicio y al final del curso.

Resultados

La tasa de respuesta al cuestionario inicial fue de un 97.14%, la tasa de respuesta final fue de 75.68%.

La edad media de los participantes de 22.01 años (DS 6.07) con un rango de 18 a 45. El 83.8% eran mujeres. No habían trabajado previamente en contexto sanitario un 95.6%, pero un 5.9% sí había realizado labores de voluntariado.

La puntuación media de la escala JES-HPS al inicio fue de 76.63 puntos (DS 9.14) con un rango de 38 a 109 puntos. Al finalizar el curso aumentó hasta 90.30 puntos (DS 15.66).

La satisfacción global con el proyecto implantado tuvo una puntuación media de 3.96 puntos sobre 5. Siendo el podcast el elemento mejor valorado con 4.10 puntos sobre 5.

Los estudiantes que calificaron su satisfacción global con el proyecto sobre 3.5 puntos, tuvieron un aumento medio en las puntuaciones de la JES-HPS del doble, que aquellos cuya satisfacción estuvo por debajo de este punto de corte. Si bajamos el punto de corte a 2.5 puntos, los estudiantes apenas aumentaron 1 punto en la escala de empatía.

Discusión e implicaciones para la práctica

La formación es la base para conseguir integrar la humanización en la asistencia como elemento indispensable y fundamental de la misma. Así mismo, la innovación educativa es una herramienta facilitadora que permite aumentar el interés del estudiantado haciendo más fácil la adquisición de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes

Palabras clave: Humanización, Innovación educativa, Formación pregrado en Enfermería, Empatía.

Bibliografía:

¹ Yao H, Liu W, Chen S. Teachers sustainable teaching innovation and graduate students creative thinking: The chain mediating role of playfulness climate and academic self-efficacy. *The International Journal of Management Education* [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 3];22:100900. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijme.2023.100900>

² Castillo-Parra S, Bacigalupo Araya JF, García Vallejos G, Lorca Nachar A, Aspee Lepe P, Gortari Madrid P, et al. NECESIDADES DE DOCENTES Y ESTUDIANTES PARA HUMANIZAR LA FORMACION DE ENFERMERÍA. *Ciencia y enfermería* [Internet]. 2020 Jan [cited 2024 Jun 3];26:0–0. Available from:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532020000100202&lng=es&nrm=iso&tlng=es

³ Stone R, Cooke M, Mitchell M. Undergraduate nursing students' use of video technology in developing confidence in clinical skills for practice: A systematic integrative literature review. 2019 [cited 2024 Jun 3]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104230>

⁴ Hurst KM. Using video podcasting to enhance the learning of clinical skills: A qualitative study of physiotherapy students' experiences. 2016 [cited 2024 Jun 3]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.011>

⁵ Mcswiggan LC, Campbell M. Can podcasts for assessment guidance and feedback promote self-efficacy among undergraduate nursing students? A qualitative study. 2016 [cited 2024 Jun 3]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.021>

Otros aspectos:

Relación entre capacidad funcional y carga de cuidados de enfermería en hospitalización

ID Comunicación: 19

Tipo de comunicación: Oral

González Ahís, A.; Llagostera-Reverter, I.; Luna-Aleixos, D.; Valero-Chilleron, M.; Blasco-Palau, G.; Igual-Villalba, E.; Gallego-Clemente, A.; García-Gómez, M. N.; González-Chordá, V. M.

Objetivos: estudiar la relación entre capacidad funcional y carga de cuidados de enfermería en dos unidades de hospitalización de adultos.

Metodología: estudio observacional, longitudinal y analítico enmarcado en el Proyecto CORE SYSTEM con una submuestra formada por 69 pacientes de las unidades de medicina interna y cirugía ginecológica. Se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas, capacidad funcional (Barthel) y carga de cuidados (CUDYR) La recogida de datos se realizó mediante un cuaderno de recogida de datos electrónico (CDR-e) a través del software REDCap. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas. Se estudio la evolución y la asociación entre capacidad funcional y carga de cuidados con un análisis bivalente, así como la capacidad predictiva de diferentes variables sobre la carga de trabajo.

Resultados: De los 69 participantes, el 65,2% (n=45) ingresaron en la unidad de cirugía ginecológica y el 34,8% (n=24) en medicina interna. La edad media fue de 63,74 años (ds=21,498), siendo significativamente más elevada en medicina interna (m=77; ds=16) frente a cirugía (m=57; ds=21) ($p < 0,001$). El 55,1% (n=38) de la muestra fueron mujeres, sin diferencias significativas según unidad de hospitalización. Se observaron diferencias significativas en la puntuación media de Barthel y CUDYR-Dependencia en cada punto de seguimiento ($p < 0,05$). En cuanto al sexo, la ocupación, tipo de ingreso y tipo de proceso las diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$). Por último, Barthel y la edad de los participantes explicaron la varianza de CUDYR-Dependencia entre un 49,2% y un 89,6% durante el proceso asistencial. Mientras, CUDYR-Dependencia y Charlson explicaron la varianza de CUDYR-Riesgo entre un 21,2% y un 49,6%.

Discusión: este trabajo estudia la evolución de la capacidad funcional y la carga de cuidados en dos unidades de hospitalización. La capacidad funcional fue menor en la unidad de medicina interna, con pacientes mayores y con más comorbilidades. Uno de los métodos más objetivos a la hora de estimar la carga de trabajo de enfermería es la medición individual de la intensidad de cuidados. Para ello, se utilizó el sistema de clasificación de pacientes CUDYR, aunque no tiene en cuenta aspectos como la educación sanitaria o los cuidados indirectos. Los resultados indican que la capacidad funcional y la edad son predictores de la carga de cuidados básicos, mientras que los cuidados básicos y las comorbilidades explican los cuidados técnicos. Así, tener en cuenta solo la capacidad funcional de los pacientes a la hora de determinar la carga de cuidados es un enfoque incompleto. Las implicaciones para la práctica se relacionan con la necesidad de identificar variables predictoras de la carga de cuidados que permitan ajustar la dotación de personal de enfermería.

Palabras clave: carga de trabajo, enfermería, dependencia, complejidad de cuidados

Bibliografía:

¹ Porcel Gálvez AM. Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados [Tesis]. Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2011

² Morris R, MacNeela P, Scott A, Treacy P, Hyde A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 57(5), p. 463–71. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04134.x>

³ Hovenga EJS, Lowe C. Planificación de cuidados en enfermería basada en datos. 1a. ed. Barcelona, España: Elsevier; 2022.

⁴ Mueller M, Lohmann S, Strobl R, Boldt C, Grill E. Patients' functioning as predictor of nursing workload in acute hospital units providing rehabilitation care: A multi-centre cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10(295). DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-295>

⁵ Maciá-Soler L. Prescripción temporal de cuidados. Un avance en la práctica enfermera. 1a. ed. Barcelona: Elsevier; 2021.

⁶ Jackson J, Anderson JE, Maben J. What is nursing work? A meta-narrative review and integrated framework. *International Journal of Nursing Studies*. 2021; 122(103944). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103944>

⁷ Swiger PA, Vance DE, Patrician PA. Nursing workload in the acute-care setting: A concept analysis of nursing workload. *Nurs Outlook*. 2016; 64(3):244–54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.01.003>

⁸ Glasheen WP, Cordier T, Gumpina R, Haugh G, Davis J, Renda A. Charlson Comorbidity Index: ICD-9 Update and ICD-10 Translation. *Am Health Drug Benefits*. 2019; 12(4):188-197.

⁹ González N, Bilbao A, Forjaz MJ, Ayala A, Orive M, García-Gutierrez S, et al. Psychometric characteristics of the Spanish version of the Barthel Index. *Aging Clin Exp Res*. 2018;30(5):489–97.

¹⁰ García García MA. Categorización de los usuarios del hospital clínico de la universidad católica de Chile según dependencia y riesgo. *Horiz Enferm*. 1995;6(2):56–64.

¹¹ Campos de Oliveira JL, Hertzog Rodrigues N, Marques Acosta A, Guimarães Ribeiro R, Mergen T, Rodrigues da Silva A, et al. Comparison of Nursing dependency levels and sizing between clinical and surgical inpatient units. *Esc. Anna, Nery*. 2024;28. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0109en>

¹² Galiano MA, Moreno Fergusson ME, Guerrero WJ, Muñoz MF, Ortiz Basto GA, Cardenas Ramírez JS, et al. Technological innovation for workload allocation in nursing care management: an integrative review. *F1000Res*. 2024;12(104). DOI: <https://doi.org/10.12688/f1000research.125421.3>

¹³ Fernández García E. Adecuación de la ratio paciente-enfermera y complejidad de los cuidados: un reto para las organizaciones sanitarias. *Enferm Clin*. 2021;31(6):331–3. DOI: <https://doi.org/10.1016%2Fj.enfcli.2021.10.005>

Otros aspectos:

*Comunicaciones orales: Docencia - Práctica Clínica / Oral
communications: Teaching - Clinical practice*

Contributions to the systematization of professional practice in breastfeeding support: a study of Portuguese women

ID Comunicación: 353

Tipo de comunicación: Oral Breve

Anes Pinheiro, A.; dos Anjos da Silva Sardo, D.; Barroso Henriques, V.; Côto, M. D. R.

Title: Contributions to the systematization of professional practice in breastfeeding support: a study of Portuguese women

Arminda Pinheiro, Prof Coordenador, Universidade Minho (UM), Portugal, orcid 0000-0002-1497-2041 (aanes@ese.uminho.pt); Dolores Sardo, Prof Adjunto, ESEnfermagem-Porto, orcid: 0000-0001-7790-2545; Virgínia Henriques, Prof Adjunto, UM, orcid: 0000-0002-5049-9722; Maria do Rosário Côto, Prof Adjunto, UM, 0000-0002-3391-7806

Introduction: Breastfeeding (BF) is considered a dynamic and complex process, influenced by cultural, social, emotional, psychological and biological aspects; it is an essential practice for the growth and development of the child⁵. Although breastfeeding is documented as a positive and essential practice for the development of global public health, only 44% of children up to six months of age were exclusively breastfed worldwide between 2015 and 2022. The UNICEF 17 report "Children, Food and Nutrition" also states that only 2 in 5 babies under six months of age were exclusively breastfed and that this type of infant feeding can save the lives of 820,000 children annually worldwide.

In Portugal, the prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) remains below the international target. According to Sardo¹⁶, in Breastfeeding Registration Report – General Directorate of Healthy in 2013,¹² points to a high incidence of breastfeeding (98.5%) and 65.2% of EBF at hospital discharge, decreasing to 26.9% at the 4th month and 34% for predominant BF, with no data relating to the 6th month. More recent regional studies point to 80.5% of children being exclusively breastfed at discharge from the maternity ward and a sharp decrease to 59.7% in the second month of life, despite all national and international recommendations¹⁷. According to Costa³, in a study carried out in the central region at a baby-friendly hospital, the prevalence of EBF at hospital discharge was 83.9% for full-term newborns. Exclusive Breastfeeding rates were 59.7%, 57.2%, 59.2% and 19.9%, and BF rates were 82.6%, 70.6%, 67.7% and 64.7%, at two, four, five and six months, respectively. This study highlights the importance of practices in maternity wards that support breastfeeding, as well as investment in Primary Health Care, to achieve the target proposed by the WHO for 2025, that at least 50.0% of children remain on EBF until six months and that by 2030 this increases to 70%.

Hence the need for continuous support in the first hours of hospitalization, as well as the continuous presence of professionals who are properly trained to identify the factors that facilitate or hinder the breastfeeding process. To this end, practical application tools must be provided that can identify this problem objectively. From the literature^{7,11,14,15,19} we know that there are different duly validated assessment instruments/protocols whose results allow for rapid and specific action to promote and objectively support the dyad in the success of breastfeeding.

In accordance with the scarce literature on instruments for early detection of difficulties at the beginning of breastfeeding, with the results of its international and national practical application, namely in a Portuguese study¹⁵ in 2005, we chose to apply the UNICEF protocol for observation of breastfeeding (UPOB). This protocol is organized in a quick, clear and objective way, through a checklist that allows professionals to identify difficulties and plan specific guidelines⁴. Mosele¹¹ believes that the UNICEF protocol is considered the gold standard for assessing breastfeeding and that it assesses breastfeeding considering it as a process, in which several aspects are identified to promote the success of BF.

With our knowledge of the Portuguese reality in breastfeeding support, we consider it essential to apply an objective instrument, easy-to-use and quick to apply, whose results can be identified early by all professionals in the interdisciplinary breastfeeding support team and based on these results, there can be an effective continuity of care. In accordance with the

suggestion of other studies, namely Mosele¹¹ we incorporated a semi-structured interview to assess this and other previous experiences, in order to understand the dyad in its different dimensions. In breastfeeding counselling, the health professional must be able to demonstrate interest and acceptance of what the mother feels and thinks, her values and ideas. Thus, they must recognize and praise actions and offer practical help with relevant information⁹.

With the implementation of the breastfeeding observation and assessment form, adapted responsibly, it can positively influence professionals in adhering to procedures in caring for the mother and newborn admitted to rooming-in¹⁴.

Professional practice in supporting breastfeeding requires the adoption of instruments^{19,20} that allow for the rapid and accurate identification of the real needs of the dyad^{13,15}.

Objectives: Identify the dyad's difficulties during breastfeeding through the application of the UNICEF protocol for breastfeeding observation (UPOB); compare the difficulties perceived by mothers with the results of applying the UPOB.

Methods: Quantitative, descriptive, cross-sectional study carried out in a maternity in the north, from January to May 2023. The sample consisted of 197 dyads in rooming-in at least 48 hours postpartum. Data obtained through semi-structured interviews and UPOB. The UPOB evaluates 6 dimensions of breastfeeding: general dyad' state, breast' state, newborn's position, latch and suck; behaviors are classified as favorable or suggestive of difficulty. Breastfeeding was classified as good (0-1), regular (2) and bad (3-6), according to the number of behaviors suggestive of difficulties for each dimension assessed^{6,8}. The semi-structured interview identify the mother' difficulties experiences in relation to BF, in addition to demographic, obstetric characterization, prenatal classes, previous experience and breastfeeding plan. Data analyzed by SPSS Statistics^{27.0} and content analysis². The participants signed the free and informed consent form.

Results: 197 women with an average age of 33.13; UPOB application in the first 24 hours postpartum-44.7%; 50.3% primiparous, 42.1% normal birth and 34.5% cesarean section, 65% with analgesia and 54.5% without perineum integrity. 60.4% have a BF plan and 22.3% had BF classes. The UPOB application allowed the BF to be classified: 71.6% bad, 15.2% good, 13.2% regular; and the difficulties identified in the dimensions was: 78.7% latching, 68% sucking, 64% newborn (NB) position, 53.3% breasts, 41.1% NB general condition and 22.3% mother general condition. The interview made it possible to identify the mother's concerns/difficulties: NB general condition-40.6%; attachment-36.6%; nipple fissures and maceration-26.4%; quality and quantity of the milk-19.8%; put NB to the breast-12.7%; general condition mother-11.7%; NB position-11.2%; lack of mother knowledge-7%; breast engorgement-6.1%; fears-3%; mothers unmotivated to BF-2%.

Discussion: These results indicate that systematized observation using a valid instrument made it possible to identify a greater number of difficulties related to BF compared to the difficulties reported by women. Through the mothers' reports, it was possible to identify other important difficulties for more individualized assistance. The results are in line with studies carried out with UPOB^{1,6,8,10,18}. We believe that this could be a good and appropriate instrument to be integrated into postpartum care. In the professionals' interventions, continuous and objective monitoring allows continuity of care in the promotion/maintenance of BF and women's well-being. Therefore, professional practices promoting BF must be supported by objective instruments that allow verifying the efficiency of the process, contributing to greater effectiveness, greater adequacy of resources and improving the quality of assistance to the dyad.

Palabras clave: breastfeeding; postpartum; UNICEF protocol for breastfeeding observation

Bibliografia:

¹ BARBOSA, G E F; SILVA, V B; PEREIRA, J M; SOARES, M S; FILHO, R A M; PEREIRA, L B; et al. (2017) Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. *Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 265-272, agos.*

² BARDIN, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

³ COSTA, BNAC (2021). Prevalência do Aleitamento Materno até aos 6 meses de vida em lactentes nascidos num Hospital Amigo dos Bebés. Trabalho Final Mestrado Integrado em Medicina Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

⁴ DEVITO, LFAD (2010). *Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Orientações para equipes de saúde na família*. Bebedouro - São Paulo - 2010.

⁵ DUARTE ET AL, (2013). DUARTE EF, SANTO CSE, COUTO MGC, ANDRADE VLFS, MATOS RCP, SANTOS, EI. Estratégias utilizadas por enfermeiros na promoção do aleitamento materno no puerpério imediato. *Revista Cuidarte* 2013;4(1):523-30.

⁶ FERREIRA, A P M; SILVA, P C A; FERREIRA, A G N; RODRIGUES, V P; LIMA, A B S; AROUCHA, L A G; et al. (2020) Banco de leite humano: mulheres com dificuldades na lactação. *Cogitare enferm.* [Internet]. [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.65699>.

⁷ GOMES SF, CHRISTOFFEL MM, GOMES AL, RODRIGUES EC, DINIZ ME, SILVEIRA AL, et al. (2023). Tradução e adaptação para o português da Preterm Infant Breastfeeding Behaviour Scale. *Rev. Acta Paul Enferm.* 36, 50-58. DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023A00017>

⁸ LEÃO, REL; SOUZA, ACP; COUTO, ML; VETORAZO, JVP; (2021) Vivência de puérperas acerca do aleitamento materno. Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, v. 14, p. e8916-e8916, outubro.

⁹ LIMA, A; DUTRA, MRP. (2021). Influence of frenotomy on breastfeeding in newborns with ankyloglossia. Rev. CoDAS, 33, 74-83.

¹⁰ MORAES, IC; SENA, NL; OLIVEIRA, HKF; ALBUQUERQUE, F H S; ROLIM, K M C; FERNANDES, H I V M; et al. (2020) Percepção sobre a importância do aleitamento materno pelas mães e dificuldades enfrentadas no processo de amamentação. Revista de Enfermagem Referência, 2020, vol. V, núm. 2, Abr-Jun, ISSN: 0874-0283 / 2182-2883

¹¹ MOSELE, PG; SANTOS, JF; GODÓI, VC; COSTA, FM; DE TONI, PM; FUJINAGA, CI (2014) Instrumento de avaliação da sucção do recém-nascido com vistas a alimentação ao seio materno. Rev. CEFAC. Set-Out; 16(5):1548-1557

¹² PÁDUA, J A S; SILVA, M F B (2024) Experiência de puérperas sobre as dificuldades para amamentar. Rev. Multi. Sert. v.06, n.1, p. 100-111, Jan-Mar

¹³ ORFÃO, A; SANTOS, C; MAGALHÃES, C (2013) Registo do aleitamento humano. Relatório janeiro a dezembro de 2012. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

¹⁴ SANTOS, RFP; CARVALHO, NMO (2023). Implantação de formulário de observação e avaliação da mamada no centro obstétrico do hospital municipal. Archives of Health, Curitiba, v.4, n.4, p. 1276-1287. ISSN 2675-4711. DOI: 10.46919/archv4n4-019

¹⁵ SARDO, D; SANTOS, M M R; PRATA, A P; PINHEIRO (2005) A. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno. Prémio NUK Enfermeiro Obstetra 04/05, Separata da Revista APEO, v.2005, n. 06, Almada, APEO.

¹⁶ SARDO, DS; PINHEIRO, AA (2023). Avaliação da motivação e fatores motivacionais da grávida para amamentar. In Desafios no aleitamento materno. Cap.8 (104-127). São Paulo: Editora Científica Digital. doi 10.37885/231014596

¹⁷ SILVA, JS; FLOR-DE-LIMA, F; SOARES, H (2021). Aleitamento materno exclusivo: prevalência na maternidade e durante o segundo mês de vida. Acta Portuguesa De Nutrição 24, 18-20. In <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2021.2404>

¹⁸ UNICEF (2019) Children, Food and Nutrition – Growing well in a changing world. In

https://www.unicef.pt/media/2757/sowc_2019_children-food-and-nutrition.pdf

¹⁹ VIEIRA, A C; COSTA, A R; GOMES, PG; (2015). Boas práticas em aleitamento materno: Aplicação do formulário de observação e avaliação da mamada. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 15(1):13-20.

²⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION & UNICEF (2009). Breastfeeding management and promotion in a baby friendly hospital: an 18-hour course for maternity staff. Geneva: WHO and UNICEF

²¹ WHO & UNICEF (2020). Baby Friendly Initiative Training Course for Maternity Staff: Participant's manual. In

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240008953>

²² WORLD HEALTH ORGANIZATION (2023). Infant and Young Child Feeding. In

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

Otros aspectos:

PULSERA DE IDENTIFICACIÓN DE ALERGIA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

ID Comunicación: 407

Tipo de comunicación: Oral Breve

Martín Rico, V.; Alfageme Barrios, E.; Jorge Martín, L.; Pinto Bartolomé, S.; Teson González, M. del C.; Otero González, E.; Fernández Crespo, A. B.; Bragado Macías, M.

Objetivo

Determinar el cumplimiento del uso de pulseras identificativas de alergia en el paciente quirúrgico. Método: Se trata de un estudio observacional descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo. Los datos se recogieron en el Hospital Virgen de la Concha de la Gerencia Asistencial Sanitaria de Zamora durante los meses de marzo, abril y mayo de 2024. Se utilizó un cuestionario anónimo diseñado de ex profeso para este fin, que fue testado antes del estudio por una muestra aleatoria de 6 enfermeras pertenecientes al servicio de Quirófano donde se iba a realizar para comprobar su idoneidad y formato, pues tenía que ser comprensible, fácil de rellenar y rápido. Estos cuestionarios eran cumplimentados por la enfermera circulante tras la verificación de los datos del paciente en la entrada al quirófano.

Las variables que se recogieron fueron: total de pacientes intervenidos durante el periodo de estudio, número de observaciones realizadas, número de pacientes alérgicos, pacientes correcta/incorrectamente identificados, brazo de identificación respecto al brazo portador de acceso venoso.

Se utilizaron como criterios de inclusión las cirugías programadas de los servicios de urología, cirugía general, cirugía ortopédica y traumatológica y ginecología. Como criterios de exclusión la pertenencia a cirugía otorrinolaringológica, cirugía urgente de cualquier especialidad y la población pediátrica.

Resultados

Durante marzo, abril y mayo del 2024 se recogieron 397 cuestionarios, resultando 72 pacientes alérgicos (18,1%). De ellos 67 estaban correctamente identificados como alérgicos (93,2%), 3 presentaban alergias y no portaban pulsera (4,1%), y 2 portaban pulsera, pero no tenían alergia registrada/notificada (2,7%).

Como dato añadido, la recogida revela que del total de los portadores de brazaletes, 59 llevaban la pulsera identificativa de alergia en el lado contrario a la vía venosa (81,9%) y 10 pacientes en el mismo lado (18,1%).

Discusión

Según el último estudio ENEAS de nuestro país, el 8,4% de los pacientes ingresados sufren algún efecto adverso. Del total, un 37,4% está relacionado con la medicación, y un 17,8% está relacionado con un procedimiento quirúrgico. La mayoría de complicaciones están producidas por errores en la administración de medicación, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre... y todas están ligadas a problemas en la identificación de pacientes.

En el proyecto SENECA en 2009 se vio que el 36,7% de los hospitales evaluados no tenían ningún método de identificación inequívoca de paciente, y en un 39,6% no existía ningún protocolo para hacerlo. Las instituciones comenzaron a invertir en medios para promover la calidad asistencial y garantizar la seguridad del paciente. Uniendo las estrategias de identificación correcta del paciente y la de evitar errores de medicación, surgió la implementación de distintos métodos identificativos, como el uso de brazaletes de colores.

El protocolo utilizado en esta recogida de datos es el utilizado en el complejo asistencial de Zamora, que consiste en la colocación de una pulsera de color amarillo con la información escrita del alérgeno a evitar.

Con nuestro estudio hemos conocido la prevalencia del uso de la pulsera de identificación del paciente quirúrgico alérgico ingresado en las diferentes plantas de nuestro hospital, cuantificando los fallos. La mayoría de los pacientes observados estaban correctamente identificados, y, aunque no se llegó a la totalidad, el estudio demuestra el compromiso de los profesionales con el proceso de identificación del paciente alérgico. Además, arroja datos añadidos sobre el lado en el que se suele poner la identificación. Estos datos se estudiarán a parte, siendo el lado utilizado mayoritariamente el contrario a la vía venosa, coincidiendo en estos

casos con la extremidad dominante, pues el protocolo quirúrgico del centro indica poner ésta en la extremidad superior izquierda de forma general. Asimismo, este estudio ayuda a proporcionar evidencia del uso de estas pulseras en pacientes quirúrgicos ingresados.

La atención exenta de daños es labor esencial de una enfermería comprometida con la calidad asistencial.

Palabras clave: Seguridad, alergia, identificación, pulsera, paciente quirúrgico

Bibliografía:

¹ 1. España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones, 2016

² 2. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

³ 3. España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca

⁴ 4. García OB, Muñoz MLS. Evidencia de la intervención enfermera "Identificación del paciente" en pacientes hospitalizados [Internet]. Saludcastillayleon.es.

⁵ 5. Escobar Castellanos M, Mora Capín AA, Merino Hernández A, Marañón R. Evaluación de la efectividad de un procedimiento de identificación de pacientes con alergia en urgencias pediátricas. J Health Qual Res [Internet]. 2021; 36(4):186–90.

⁶ 6. Sánchez Gómez E, Delgado Latorre A.: Mejora autopercebida por el personal de enfermería en la seguridad del paciente tras la implantación de un sistema visual de alertas de alergias medicamentosas. Rev OFIL. 2015; 25: pp. 101-106

Otros aspectos:

Comunicaciones orales: Seguridad del paciente/Complejidad de cuidados / Oral communications: Patient safety/Care complexity

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INSERCIÓN Y MANTENIMIENTO DE CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) EN ONCOLOGÍA

ID Comunicación: 240

Tipo de comunicación: Oral Breve

LÓPEZ JIMÉNEZ, R.; RIHUETE GALVE, M. I.; MAILLO DE PABLO, R. E.; SÁNCHEZ GUILLÉN, Á. I.

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INSERCIÓN Y MANTENIMIENTO DE CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) EN ONCOLOGÍA

Autores: Raúl López Jiménez, M^a Isabel Rihuete Galve, Ruth Esther Mailló de Pablo, Ángela Isabel Sánchez Guillén

INTRODUCCIÓN: La realización de esta técnica, por las enfermeras de las Unidades de Oncología, ha adquirido gran relevancia clínica en los últimos años por sus posibilidades de llevarla a cabo de forma inmediata y segura para el paciente, facilitando con pocas complicaciones, la administración de terapias que pueden prolongarse en el tiempo.

OBJETIVOS: El objetivo general fue analizar los resultados del programa de inserción y mantenimiento de los catéteres centrales de inserción periférica en la Unidad de Oncología.

Los objetivos específicos fueron analizar la existencia de sintomatología, previa a la inserción que pudiera influir en la migración del PICC, patología psiquiátrica diagnosticada o deterioro cognitivo previo que presenta el paciente, complicaciones post-inserción a medio y largo plazo, analizando las causas que las provocan.

METODOLOGIA: Para llevar a cabo los objetivos se diseñó un estudio retrospectivo observacional descriptivo el 1/01/2019 hasta el 31/05/2024.

Fueron asignados al estudio por muestreo consecutivo todos los pacientes oncológicos con catéter PICC durante el periodo de tiempo citado anteriormente.

Fueron excluidos los pacientes portadores con PICC no insertado en Oncología.

Las variables estudiadas fueron: migración a vena Yugular, trombosis venosas profundas, tratamiento, duración del PICC, tumor, lateralidad, sintomatología asociada, datos sociodemográficos, IMC.

Para el procesado de los datos se utilizó una base de datos específica para este estudio en Excel versión 16.16.27 (201012). Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante frecuencias y porcentajes

RESULTADOS: El tamaño muestral fue 983, 15 de ellos presentaron migración a la vena Yugular, el 60% de estos pacientes tuvieron tos y el 40% vómitos, analizando la lateralidad de colocación el 80% fue en el lado derecho.

Tuvieron trombosis 26 pacientes (2,6%), sin diferencias de género, la mediana de edad es de 55 años, IMC > 25 en un 47%, la media de duración del catéter son 2,5 meses, el diagnóstico anatómico-patológico más frecuente es el de mama seguido del de colon, los citostáticos más frecuentes fueron Epirrubicina, Taxol, Carboplatino y Oxaliplatin.

DISCUSION: Nuestros resultados coinciden con la literatura consultada, la migración es más común en pacientes con tos y en lateralidad derecha, es inferior al resto de estudios consultados, mostrando una tendencia a disminuir desde 2023 debido posiblemente a la decisión tomada a partir de entonces de inserción en el lado izquierdo si hay tos o emesis previa que influya en la migración.

Nuestros datos sobre trombosis son similares a los de otros estudios pero observamos una tendencia a disminuir desde 2023 ya que no ha habido ningún caso en el primer semestre de 2024 representa el 2.64%.

IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA: Nuestros resultados confirman la necesidad de identificar los casos con presencia real o potencial de tos y/o emesis previas a la decisión de lateralidad de inserción del catéter, así como la identificación de la obesidad como factor de riesgo en trombosis para utilizar las medidas preventivas necesarias, mediante una buena comunicación con los facultativos médicos.

En nuestro servicio de Oncología, previamente a la colocación del PICC, tenemos una entrevista y valoración de enfermería, donde vemos los posibles inconvenientes y ventajas que presenta el paciente, a ser posible conjuntamente con el cuidador principal para que se implique con los cuidados en el domicilio y posteriormente para acudir a su C. Salud para los cuidados de enfermería.

Palabras clave: PICC, migración, trombosis, inserción PICC, mantenimiento PICC

Bibliografía:

¹ - © 2017 SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica)

² -Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

³ -V. Chopra, S. Anand, A. Hickner, M. Buist, M.A. Rogers, S. Saint, et al. Risk of venous thromboembolism associated with peripherally inserted central catheters: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 382. 2013.

⁴ -Carrero C, García-Velasco S, Triguero N, Castellano B. Actualización enfermera en accesos vasculares y terapia intravenosa. Editor: Difusión Avances de enfermería (DAE. S.L). Año 2008.

Otros aspectos:

AUTOREPORTE DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO: RESULTADOS PRELIMINARES

ID Comunicación: 285

Tipo de comunicación: Oral Breve

Bastos, C.; Ramada, D.; Cunha, J.; Quintela, S.; Teixeira, C.; Estevinho, I.; Martinez, J.

AUTOREPORTE DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO: RESULTADOS PRELIMINARES

Celeste Bastos^a; Diana Ramada^b; Joana Cunha^b; Susana Quintela^b; Carla Teixeira^b; Isabel Estevinho^b; José Martinez^b

^aCINTESIS@RISE, Nursing School of Porto (ESEP), Porto, Portugal; ORCID: 0000-0001-5907-6702 (cbastos@esenf.pt)

^bInstituto Português de Oncologia do Porto, Portugal

Introducción: El cateter venoso periférico (CVP) es un dispositivo de acceso vascular, utilizado mayoritariamente por enfermeros¹. Los estudios señalan una inconsistencia entre las guidelines internacionales y la práctica clínica cotidiana¹. Existen prácticas profesionales que comprometen la seguridad del paciente con el CVP^{2,3} y diversas complicaciones asociadas a este dispositivo⁴. En la literatura se hacen referencias a programas de intervención dirigidos a la seguridad del paciente, mejorando la adherencia de los profesionales a las recomendaciones internacionales⁵.

Objetivo: Conocer la práctica clínica de los enfermeros en la administración de medicación intravenosa a través del cateter venoso periférico.

Métodos: Estudio transversal y descriptivo, con una muestra de conveniencia de 175 enfermeros de un hospital, mayoritariamente mujeres (91,4%), con una media de experiencia laboral de 16,4 años (DE=10,3). El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario de autoelaboración, adaptado de una versión previa autorizada por los autores, que incluye ocho ítems con respuestas en una escala tipo Likert de cuatro puntos (nunca, a veces, casi siempre, siempre). El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética de la institución (CES.120/022) y si ha recabado el consentimiento informado de los participantes.

Resultados: Los enfermeros refieren como ítems que realizan siempre: la higiene de manos (69,1%), la evaluación del apósito/lugar de inserción del CVP (76%) y la evaluación de la permeabilidad del CVP, antes de la administración de medicación (69,1%). Los porcentajes de adherencia disminuyen en los siguientes ítems: desinfección del puerto de acceso al CVP (45,1%), realización de flush con suero fisiológico después de la administración de la medicación (49,1%) y utilización de la técnica push-pause en la ejecución del flush (21,7%).

Discusión: El CVP es un dispositivo médico usado con mucha frecuencia en pacientes hospitalizados para la administración de medicación intravenosa, cuya inserción y mantenimiento es realizada mayoritariamente por enfermeros¹, existiendo recomendaciones que buscan la seguridad de estos procedimientos^{2,3}. Globalmente, los resultados de nuestro estudio reflejan desviaciones a las recomendaciones, pudiendo potenciar complicaciones locales⁴ y sistémicas³, descritas en la literatura, entre las cuales la infección de la corriente sanguínea. Los participantes de este estudio relatan una práctica clínica poco consistente, poniendo al paciente en riesgo. Por ejemplo, la no desinfección del obturador/conector aumenta la probabilidad de su contaminación y el acceso de agentes microbianos a la corriente sanguínea; la baja adherencia al flushing del obturador con técnica push-pause puede aumentar la probabilidad de oclusión del CVP, lo cual coincide con un estudio internacional que relata porcentajes elevados de CVP no funcionales¹. Las desviaciones encontradas también son referidas en otros estudios^{2,3}, identificándose la necesidad de intervención. La investigación en esta área subraya la importancia de la monitorización continua de la práctica clínica que oriente para la adecuación de programas de intervención dirigidos a la seguridad de los pacientes, ya con evidencia comprobada. A modo de ejemplo, un estudio comparativo, pre y post-intervención, relata la reducción significativa de la flebitis y de la infección de la corriente sanguínea tras la

implementación de una “bundle”⁵. El presente estudio constituyó una primera fase de diagnóstico, con resultados que sustentan la construcción de una intervención para alinear la práctica clínica con las recomendaciones relativas al CVP, promoviendo así la mejora de los cuidados de enfermería en la especificidad de esa institución hospitalaria.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses y que no han utilizado inteligencia artificial generativa ni tecnologías asistidas por inteligencia artificial en el proceso de redacción.

Financiación: Este trabajo está financiado por fondos nacionales a través de FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., en el ámbito del proyecto “RISE – LA/P/0053/2020”.

Palabras clave: Cateter venoso periférico; Infección de la corriente sanguínea; Enfermeros; Práctica clínica.

Bibliografía:

¹ Alexandrou E, Ray BG, Carr PJ, Frost SA, Inwood S, Higgins N, et al. Use of Short Peripheral Intravenous Catheters: Characteristics, Management, and Outcomes Worldwide. *Journal of Hospital Medicine* [Internet]. 2018 May [cited 2024 Jun 2];13(5):E1–7. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=169937073&lang=pt-pt&site=ehost-live>

² O’Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard SO, Maki DG, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections (2011). 2017 October [cited 2024 Jun 2]. Available from: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/bsi-guidelines-H.pdf>

³ Zingg W, Barton A, Bitmead J, Eggimann P, Pujol M, Simon A, et al. Best practice in the use of peripheral venous catheters: A scoping review and expert consensus. *Infection prevention in practice* [Internet]. 2023 Feb 3 [cited 2024 Jun 2];5(2):100271. Available from:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=mdc&AN=36910422&lang=pt-pt&site=ehost-live>

⁴ Marsh N, Webster J, Ullman AJ, Mihala G, Cooke M, Chopra V, et al. Peripheral intravenous catheter non-infectious complications in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing* (John Wiley & Sons, Inc) [Internet]. 2020 Dec [cited 2024 Jun 2];76(12):3346–62. Available from:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=146867449&lang=pt-pt&site=ehost-live>

⁵ Lladó Maura Y, Berga Figuerola ML, Rodríguez Moreno MJ, Lluch Garvi V, Soler Felsner EE, Rodríguez-Rodríguez A, et al. Care bundle for the prevention of peripheral venous catheter blood stream infections at a secondary care university hospital: Implementation and results. *Infection, Disease & Health* [Internet]. 2023 Aug [cited 2024 Jun 2];28(3):159–67. Available from:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=169928947&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Otros aspectos:

INCORPORACIÓN DE LA ENFERMERA REFERENTE: RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN INTERMEDIA

ID Comunicación: 86

Tipo de comunicación: Oral Breve

Cantillo Monjo, M.; Casas Tió, S.; Planàs Serra, A.; Solé Casals, M.; Puigoriol Juvanteny, E.

Manoli Cantillo-Monjo, Silvia Casas-Tió, Anna Planàs-Serra, Montserrat Solé-Casals, Emma Puigoriol-Juvanteny

Consorci Hospitalari de Vic (Barcelona)

INCORPORACIÓN DE LA ENFERMERA REFERENTE: RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN INTERMEDIA

Palabras clave

Enfermera; Geriátrica; Atención Intermedia; Valoración Integral; Indicadores de Calidad.

Introducción

La aparición en los planes de salud de un modelo preventivo enfocado a personas mayores en situación de complejidad sanitaria y/o social ha evolucionado transformando un modelo de atención sociosanitario tradicional en un modelo de atención intermedia (1), adaptando los recursos o creando nuevos servicios (2) para garantizar una atención de calidad. Este nuevo modelo se basa en una valoración geriátrica integral (3), por objetivos y metodología de trabajo (4) que proporciona una mejor respuesta al aumento de la población envejecida y con enfermedades crónicas (3).

La Atención Intermedia se define como el conjunto de cuidados especializados e integrados, destinados a personas con enfermedades que generan discapacidad, dependencia (5,6), complejidad y comorbilidad con perfil de alta fragilidad (7), constituyendo una alternativa a la hospitalización aguda (4), teniendo como objetivo la recuperación y la mejora funcional aumentando la autonomía, paliar las limitaciones y/o sufrimientos y facilitar al máximo la reinserción social (5,6), así como la reducción de una institucionalización de larga duración (5).

La calidad de los resultados depende del nivel de especialización adecuado de profesionales y de los recursos asistenciales, siendo el papel de las enfermeras esencial para garantizar una atención integral de calidad (5).

La enfermera referente es una pieza clave para ofrecer cuidados de calidad (8), mejorando la satisfacción del paciente (9), dirigiendo el proceso de atención de enfermería (9,10), coordinando la continuidad de los cuidados para abordar situaciones complejas y adaptar las necesidades individuales (11) permitiendo personalizar (12) la atención integral para incrementar el bienestar y calidad de vida (13) de los pacientes con indicadores impregnados de una base profundamente humana (14).

Enmarcamos nuestro trabajo justificando que la enfermera referente es una figura que forma parte del equipo asistencial en el área de hospitalización, vela por el buen funcionamiento del proceso de acogida al ingreso, hospitalización y alta, asegura una atención integral a las personas, facilita las dinámicas de las unidades y coordina eficientemente los recursos humanos y materiales, poniendo énfasis el valor de la atención intermedia basada en el cuidado por procesos integrados en el marco de una organización sanitaria integral.

Objetivos

- Valorar la incorporación de la enfermera referente en un centro de Atención Intermedia.
- Describir los indicadores de calidad y seguridad de los pacientes asistidos en un centro de Atención Intermedia antes y después de la incorporación de la enfermera referente, a las 24h del ingreso.

Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo que compara los resultados de los pacientes dados de alta en un centro de Atención Intermedia en la comarca de Osona (Barcelona), durante los años 2022 y 2023, antes y después de la incorporación de la enfermera referente.

A través del sistema informático de los cuidados enfermeros (GACELA) se estudiaron los indicadores de la acogida que se compone de los registros de la evaluación integral de las 14 necesidades de Virginia Henderson, y las valoraciones de dolor (EVA) al ingreso, riesgo de caídas (Escala de Crichton), riesgo de padecer una úlcera por decúbito (Escala de Braden), riesgo de disfagia (Test de la deglución, MECV-V), estado funcional previo y actual (Índice de Barthel), y presencia de delirium (Confusion Assessment method) o no en las primeras 24h de ingreso.

Para describir las variables cualitativas se calcularon las frecuencias y los porcentajes, y para las variables cuantitativas se calcularon la media y la desviación estándar. Para analizar las diferencias entre los dos periodos de tiempo se realizó una comparación de proporciones utilizando la Prueba de la Chi-cuadrado.

Resultados

Población de estudio 1.366 pacientes en total, 715 pacientes fueron dados de alta durante el año 2022 y 651 pacientes durante el año 2023, con una edad media de $82,3 \pm 24,7$ años en 2022 y $81,9 \pm 24,5$ años en 2023, con una distribución por género similar: un 56,5% eran mujeres y un 43,5% hombres en 2022, un 54,1% eran mujeres y un 45,9% hombres en 2023.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de pacientes dados de alta con una acogida y valoración completa a las 24h de ingreso en los dos periodos estudiados: un 1,8% durante el año 2022 ante el 39,6% del año 2023 ($p < 0,001$).

Así mismo, se registraron mejoras significativas en los registros de la evaluación integral de las 14 necesidades de Virginia Henderson: un 68,8% en 2022 y un 92,2% en 2023 ($p < 0,001$), en la funcionalidad previa: un 44,1% en 2022 y un 83,9% en 2023 ($p < 0,001$), y en la valoración y registro de riesgo de disfagia: un 8,1% en 2022 y un 52,7% en 2023 ($p < 0,001$).

Discusión

Los resultados obtenidos con este estudio demuestran la importancia de una atención centrada en la persona, podemos afirmar que la incorporación de la enfermera referente en el equipo asistencial de nuestra unidad de Atención Intermedia se valora muy positivamente, aportando un entorno de atención de calidad y seguridad de los pacientes.

La comparativa de los resultados pone en manifiesto el incremento de los indicadores de calidad y seguridad imprescindibles para establecer un plan de curas individualizado.

Aplicabilidad para la práctica diaria

Creemos que se refuerza la importancia de la enfermera referente en el equipo asistencial para mantener y mejorar la continuidad de la atención, calidad y seguridad, así mismo pretendemos ampliar nuevos hallazgos sobre los resultados de seguridad de los pacientes.

Otros aspectos del trabajo

No procede la aprobación del Comité de ética clínica correspondiente y ni requiere el consentimiento informado de los participantes.

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses en este trabajo y que no utilizaron Inteligencia Artificial generativa ni tecnologías asistidas en el proceso de redacción.

Palabras clave: Enfermera; Geriatria; Atención Intermedia; Valoración Integral; Indicadores de Calidad

Bibliografía:

- ¹ Santaeugenia SJ, García-Lázaro M, Alventosa AM, Gutiérrez-Benito A, Monterde A, Cunill J. Nuevo modelo de atención integrada orientada a ancianos ingresados en Unidades de Atención Intermedia en Cataluña: protocolo de un estudio cuasiexperimental. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017;52(4):201-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.06.002>
- ² Bullich-Marín I, Sánchez-Ferrín P, Cabanes-Duran C, Salvà-Casanovas A. Recursos sociosanitarios en Cataluña. Situación actual. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017;52(6):342-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.01.002>
- ³ Sabartés O, Sánchez D, Cervera AM. Unidades de subagudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2009;44:34-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2009.01.008>
- ⁴ Inzitari M, Espinosa Serralta L, Pérez Bocanegra MC, Roquè Fíguls M, Argimón Pallàs JM, Farré Calpe J. Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general. *Gac Sanit* [Internet]. 2012;26(2):166-9. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2012.v26n2/166-169/es>
- ⁵ Bullich-Marín I, Miralles Basseda R, Torres Egea P, Planas-Campmany C, Juvé-Udina ME. Evaluación del ambiente de trabajo de las enfermeras en las unidades sociosanitarias de atención intermedia de Cataluña. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016;51(6):342-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.009>
- ⁶ Romeo JAL. La reforma de los sistemas sanitario y social: desarrollo del espacio asistencial Socio-Sanitario/Atención Intermedia. *InformacionespQuiatricas.com*. [Internet]. 2021 [consultado el 23 de marzo de 2024]; 243:9-19. Disponible en: <https://www.informacionespQuiatricas.com/storage/article/pdfs/20210428165552.pdf>
- ⁷ Solé-Casals M, Chirveches-Pérez E, Puigoriol-Juventeny E, Nubó-Puntí N, Chabrera-Sanz C, Subirana-Casacuberta M. Perfiles y resultados del paciente frágil valorado por la Enfermera de Práctica Avanzada en un servicio de urgencias. *Enferm Clin* [Internet]. 2018;28(6):365-74. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.003>
- ⁸ Sáez Rodríguez L, Pérez Paz MJ, Valiño Pazos C, Castro Fernández S. Análisis y evaluación de la enfermera referente del paciente en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* [Internet]. 2009 [consultado el 30 de mayo de 2024];12(2):16-20. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752009000200003&script=sci_arttext&lng=pt
- ⁹ Cardona Vera MA, Lozano Nogales MI, Roldán Valenzuela A. Aplicación del modelo de enfermera referente en nuestra unidad cirugía cardiaca. *Hygia de Enfermería* [Internet]. 2009 [consultado el 31 de mayo de 2024]; 71(15):19-23. Disponible en: <https://colegioenfermeriasevilla.es/wp-content/uploads/2022/05/Hygia71.pdf#page=19>
- ¹⁰ Espiñeira CH. La enfermera referente en hospitalización: un "quiero y no puedo". *Nure Investig* [Internet]. 2013 [consultado el 31 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/621>
- ¹¹ Vega Saucedo ER. Calidad de atención de enfermería en el adulto mayor hospitalizado: Revisión sistemática. *Revista Vive* [Internet]. 2024 [consultado el 4 de mayo de 2024];7(19):244-59. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2664-32432024000100244&script=sci_arttext
- ¹² García Juárez M a. del R, López Alonso SR, Orozco Cózar M a. J, Caro Quesada R, Ramos Osquet G, Márquez Borrego M a. J, et al. Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. *Gac Sanit* [Internet]. 2011;25(6):474-82. Disponible a: <https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v25n6/original5.pdf>
- ¹³ Arroyo Cruz FJ, Morales Rodríguez MC. Importancia de la atención integral de enfermería en adultos mayores residentes de establecimientos para ancianos. *Horiz Enferm* [Internet]. 2024 [consultado el 30 de mayo de 2024];35(1):347-57. Disponible en: <https://onomazein.letras.uc.cl/index.php/RHE/article/view/67975>
- ¹⁴ Melita Rodríguez AB, Jara Concha PDT, València-Contrera MA. Indicadores de cuidado humanizado de enfermería en atención intrahospitalaria. *Índex Enferm* [Internet]. 2022;294-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20225167>

Otros aspectos:

Sensibilidad y confianza en cultura de seguridad intrahospitalaria

ID Comunicación: 430

Tipo de comunicación: Oral Breve

Santos Gutiérrez, M.; Cuesta Sánchez, N.; García de Cortázar, I. C.; Murcia Rodríguez, M.; Barrondo Sanchez, A. L.; Carton, L.

Sensibilidad y confianza en cultura de seguridad intrahospitalaria

Autoras:

Mónica Santos Gutiérrez, Nuria Cuesta Sánchez, Iratxe Casañas García de Cortázar, María Murcia Rodríguez, Ainhoa Lua Barrondo Sanchez, Lucía Carton

Palabras clave:

Seguridad del paciente; Medidas de seguridad; Errores de medicación

Objetivo:

Determinar la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores del Hospital Beata María Ana de Madrid.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal realizado en el año 2024. Se empleó la versión en español del cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety, el cual se difundió de manera telemática a través de enlace web. La población a estudio fueron los trabajadores del hospital Beata María Ana, los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, siendo enviado el cuestionario al email corporativo. La participación fue anónima y voluntaria. Para el análisis estadístico se realizó estadística descriptiva e inferencial, considerando un nivel de confianza del 95% y una precisión de error de 0,05%.

Resultados:

Se obtuvieron 67 cuestionarios válidos. El grado de seguridad del paciente fue catalogado como aceptable por el 45% de los participantes, muy bueno por el 32% y excelente por el 11%. Sobre la comunicación, un 50% de los participantes afirmó que se notifican los errores cuando se detectan, un 66% siente la confianza de comentar libremente si considera que algo no está bien y un 71% afirma que los superiores tienen en consideración sus comentarios sobre aspectos de seguridad. Por otro lado, un 48% afirmaron que existe buena cooperación entre servicios y unidades del hospital.

Con respecto a la transmisión de información durante los cambios de turno, un 51% de los encuestados afirmaron que hay información que se pierde tanto en los cambios de turno como en los cambios de unidad.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al departamento o servicio.

Discusión:

La cultura de seguridad del paciente es crucial y tiene una clara implicación para la práctica clínica en los centros sanitarios, ya que minimiza riesgos y errores, salvaguardando el bienestar de los pacientes. Investigar en esta área permite actualizar prácticas y políticas, asegurando tratamientos más seguros y eficaces, lo que se traduce en una atención de calidad y confianza en el sistema sanitario (1–3).

Con relación a los resultados obtenidos en el presente estudio, se observa que la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Beata María Ana presenta una distribución mayoritaria entre niveles aceptables y muy buenos. Esta distribución concuerda con estudios similares realizados en otros centros hospitalarios, donde la percepción de la seguridad del paciente varía considerablemente en función de la especialidad, la carga laboral y el entorno organizativo (4–6).

Uno de los puntos más destacados es el alto nivel de confianza reportado por los participantes en cuanto a la libertad de notificar errores y la consideración de los comentarios por parte de los superiores. Este hallazgo es un indicador positivo, ya que la comunicación abierta y el respaldo por parte de los líderes son componentes clave para fomentar una cultura de seguridad robusta. Sin embargo, se identifican áreas de mejora importantes, como la transmisión de información durante los cambios de turno y entre unidades, lo cual ha sido señalado como un desafío recurrente en el ámbito hospitalario.

La sobrecarga laboral y la alta rotación de personal son otros factores que impactan negativamente en la cultura de seguridad. Estudios previos han demostrado que el agotamiento del personal y la falta de continuidad en los equipos de trabajo generan brechas en la seguridad del paciente, afectando tanto la calidad del cuidado como la satisfacción del equipo de salud (7,8). La implementación de políticas que promuevan un entorno laboral estable, junto con estrategias que refuercen la comunicación durante las transiciones, podría contribuir a mitigar estos problemas.

Finalmente, este estudio refuerza la importancia de continuar evaluando y fortaleciendo la cultura de seguridad del paciente mediante intervenciones continuas y personalizadas que atiendan las necesidades específicas de cada institución.

Referencias bibliográficas:

1. Azyabi A, Karwowski W, Davahli MR. Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 3;18(5):2466. doi: 10.3390/ijerph18052466. PMID: 33802265; PMCID: PMC7967599.
2. Mistri IU, Badge A, Shahu S. Enhancing Patient Safety Culture in Hospitals. *Cureus*. 2023 Dec 27;15(12):e511159. doi: 10.7759/cureus.511159. PMID: 38283419; PMCID: PMC10811440.
3. Glarcher M, Vaismoradi M. A systematic integrative review of specialized nurses' role to establish a culture of patient safety: A modelling perspective. *J Adv Nurs*. 2024 Feb 17. doi: 10.1111/jan.16105. Epub ahead of print. PMID: 38366739.
4. Azyabi A, Karwowski W, Hancock P, Wan TTH, Elshennawy A. Assessing Patient Safety Culture in United States Hospitals. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 18;19(4):2353. doi: 10.3390/ijerph19042353. PMID: 35206542; PMCID: PMC8872500.
5. Agbar F, Zhang S, Wu Y, Mustafa M. Effect of patient safety education interventions on patient safety culture of health care professionals: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Pract*. 2023 Feb;67:103565. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103565. Epub 2023 Jan 28. PMID: 36731258.
6. Camacho-Rodríguez DE, Carrasquilla-Baza DA, Dominguez-Cancino KA, Palmieri PA. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 3;19(21):14380. doi: 10.3390/ijerph192114380. PMID: 36361273; PMCID: PMC9658502.
7. Alanazi FK, Sim J, Lapkin S. Systematic review: Nurses' safety attitudes and their impact on patient outcomes in acute-care hospitals. *Nurs Open*. 2022 Jan;9(1):30–43. doi: 10.1002/nop2.1063. Epub 2021 Sep 19. PMID: 34538027; PMCID: PMC8685891.
8. Vikan M, Haugen AS, Bjørnnes AK, Valeberg BT, Deilkås ECT, Danielsen SO. The association between patient safety culture and adverse events – a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023 Mar 29;23(1):300. doi: 10.1186/s12913-023-09332-8.

PMID: 36991426; PMCID: PMC10053753.

Palabras clave: Seguridad del paciente; Medidas de seguridad; Errores de medicación

Bibliografía:

- ¹ Hessels AJ, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA. Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *J Nurs Care Qual.* 2019 Oct/Dec;34(4):287-294. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000378. PMID: 30550496;
- ² Bressan V, Mio M, Palese A. Nursing handovers and patient safety: Findings from an umbrella review. *J Adv Nurs.* 2020 Apr;76(4):927-938. doi: 10.1111/jan.14288. Epub 2019 Dec 29.
- ³ Oliveira EM, Andolhe R, Padilha KG. Patient safety culture and incidents recorded during nursing shift changes in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2022 Nov 4;34(3):386-392. doi: 10.5935/0103-507X.20220446-pt.
- ⁴ Sanchis DZ, Haddad MDCFL, Giroto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Rev Bras Enferm.* 2020 Jul 1;73(5):e20190174. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0174.
- ⁵ Granel-Giménez N, Palmieri PA, Watson-Badia CE, Gómez-Ibáñez R, Leyva-Moral JM, Bernabeu-Tamayo MD. Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Jan 14;19(2):939. doi: 10.3390/ijerph19020939.

Otros aspectos: .

.

Experiencia del uso de manoplas en medicina interna para la reducción de contenciones rígidas en miembros superiores

ID Comunicación: 175

Tipo de comunicación: Oral Breve

Velasco Marinero, A.; Canteli Diez, A.; Fernández Fernández, A.; Sahagún Olea, M.; Pérez Nieto, J.; Castrillejo Fernandez-Pacheco, A. R.

OBJETIVOS:

- Evaluar las manoplas como alternativa a las contenciones rígidas en miembros superiores en pacientes con alteraciones conductuales.
- Reducir la tasa de uso de contenciones rígidas en miembros superiores en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna.
- Identificar diferencias en los sujetos estudiados en función de la presencia o no de deterioro cognitivo previo al ingreso, nivel de dependencia y edad.

PALABRAS CLAVE: Conducta Motora Aberrante en la Demencia, Limitación de la Movilidad, Seguridad del Paciente, Humanización de la Atención, Atención de Enfermería, Hospitalización

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo observacional longitudinal llevado a cabo desde enero a mayo de 2024, tras la incorporación del dispositivo a estudio en la práctica clínica habitual en unidades de Medicina Interna de hospital del Hospital Universitario Río Hortega.

La población diana a la que se dirige el estudio son los pacientes ingresados con alteraciones conductuales de inquietud y agitación que precisen un control de la movilidad manual con contenciones en miembros superiores, por manipulación de dispositivos médicos insertados y/o heteroagresividad siguiendo la indicación habitual y el nuevo protocolo establecido, cuando otras intervenciones sobre el entorno no han sido efectivas. Se lleva a cabo un muestreo consecutivo de pacientes durante el período de estudio

El procedimiento llevado a cabo según la práctica habitual en los casos de indicación es el siguiente: Se colocan 2 manoplas, una en cada mano, como dispositivo de primera opción de control de la movilidad manual y para evitar el agarre y la manipulación de dispositivo insertados. Cuando las manoplas no son efectivas porque no evitan el riesgo que indicó la contención o bien porque el paciente se las retira, son sustituidas por muñequeras rígidas.

Las variables recogidas son: sociodemográficas (edad, sexo), antecedentes clínicos (deterioro cognitivo previo, resultado de la escala Barthel) tipo de dispositivo empleado (manopla o muñequera), día y turno de colocación, acompañamiento del paciente en el momento de la colocación, día de ingreso, altas totales en el período de estudio y causa de colocación de muñequera rígida.

Se lleva a cabo una codificación de los datos de cada paciente incluido en la muestra para preservar su anonimidad. El investigador principal es quien almacena el número de historia de cada paciente con la relación del código otorgado y quien accede a su historia para la extracción de los datos necesarios.

El registro de los datos en el momento de colocación de los dispositivos referentes a las variables que no precisan de consulta de historia clínica y que están relacionadas con el proceso de la intervención se realiza en un cuaderno de campo por el profesional que ha indicado y puesto el dispositivo de contención (ya sea manopla o muñequera).

Los datos de cada paciente incluido en la muestra se incorporan a una base de datos Excel para su posterior análisis con el programa SPSS V29. Para el análisis de los datos obtenidos en la muestra se realiza un análisis descriptivo (media, mediana y desviación estándar en las variables cuantitativas y frecuencia absoluta, frecuencia relativa y tasa para las variables cualitativas). Se realiza un análisis inferencial con Prueba U de Mann-Whitney y Prueba de Kruskal-Wallis y Chi cuadrado con SPSS 29 asumiendo $p < 0,05$ para analizar posibles diferencias entre variables.

Previo al inicio del estudio, se obtuvo un dictamen favorable por el Comité de Ética del Área de Salud Valladolid Oeste para su desarrollo.

RESULTADO

La muestra a estudio está compuesta por 151 pacientes. El 56,3% de la muestra eran hombres y el 43,7% mujeres. La edad media fue de 87,03 años y una desviación estándar de 10,3 años. El 66,2% de la muestra tenía un diagnóstico previo de deterioro cognitivo, el 33,8% no presentaban antecedentes de deterioro cognitivo. La media de la escala Barthel para medir el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria fue de 13 puntos.

En 117 pacientes (77,5%) se utilizó solo manoplas, en 19 pacientes (12,6%) se colocaron muñequeras rígidas sin emplear de forma previa las manoplas y en 15 casos (9,9%) fue necesario sustituir las manoplas a muñequeras.

El 51% de los dispositivos se colocaron en el turno de noche. Y en el 67,5% de los casos no había acompañamiento en el momento de la colocación.

La efectividad de las manoplas puestas fue 88,6%. La tasa de uso de dispositivos de contención en miembros superiores (manoplas y muñequeras) en el período de estudio fue del 9,10%. La tasa de uso de sujeciones rígidas (muñequeras) fue 2,04%.

La causa más frecuente de colocación de muñequeras fue por agitación del paciente (32,45%), seguido de la manipulación de dispositivos con las manoplas.

Los resultados obtenidos comparando las variables clínicas entre los sujetos de la muestra no se hallaron diferencias significativas entre los pacientes con deterioro cognitivo y los que no en cuanto número de días de estancia previos día de colocación de dispositivo ($P=0,211$) siendo en torno al 3º día de ingreso de media el día en el que se precisa la medida de contención en la muestra a estudio. Tampoco se encontraron diferencias entre el tipo de dispositivo empleado (manopla o muñequera) en función de la presencia o no de deterioro cognitivo diagnosticado previamente con un valor de $p=0,955$. En lo que respecta a si la edad de la muestra a condicionado el uso de un dispositivo u otro, no se han hallado diferencias entre la variable edad y el tipo de dispositivo de contención utilizado con un valor de $p=0,602$. Tampoco la variable ni nivel de dependencia medido a través del cuestionario Barthel ha mostrado diferencias significativas en nuestra muestra al comparar los tipos de dispositivos empleados ($p=0,213$).

DISCUSIÓN

El uso de manoplas como alternativa a las muñequeras rígidas convencionales para el control de la movilidad manual y agarre cuando hay un riesgo de agresión o manipulación de dispositivos insertados, ha demostrado ser eficaz en la práctica clínica habitual para el manejo de la agitación y la inquietud motora de pacientes ingresados en nuestras unidades de Medicina Interna. Solo un bajo porcentaje de la muestra no logró resolver el problema de seguridad que justificó la colocación de las manoplas, debido al nivel de agresividad del paciente, teniendo que ser sustituidas por las muñequeras rígidas que limitan más la movilidad.

Destaca la elevada edad de los pacientes de nuestra muestra, coincidiendo con las apreciaciones de Marco J colaboradores¹, quienes señalan que estas unidades suelen ser escenario de cuadros de delirium, tratándose de un síndrome clínico que afecta típicamente a pacientes hospitalizados o institucionalizados de edades avanzadas, existiendo una prevalencia del 2,5%. Este mismo autor señala que estos episodios de inquietud y agitación en los que el paciente puede manipular dispositivos médicos insertados tales como sondas vesicales, sistemas de oxigenoterapia o vías de acceso venoso pueden conllevar traumatismos, hemorragias o descompensaciones hemodinámicas que atentan contra la seguridad del paciente.

El uso de sujeciones físicas en miembros superiores para gestionar este riesgo cuando otras medidas sobre el entorno no son efectivas es frecuente en las unidades de hospitalización de este servicio, pero puede afectar la humanización de la atención al someter a los pacientes a una inmovilidad forzada, limitando su libertad de movimiento y autonomía. Además, tal y como señala Abraham y colaboradores³ en un metaanálisis publicado en el año 2022 el uso de muñequeras rígidas en estos pacientes está asociado con un mayor riesgo de daño, prolongación de la hospitalización debido a las consecuencias en la salud, y la aparición de erosiones, laceraciones, desgarros musculares o isquemia en los miembros. Asimismo, la inmovilidad resultante del uso de muñequeras rígidas incrementa el riesgo de atrofia muscular, úlceras por presión, infecciones respiratorias nosocomiales por falta de movilización de secreciones y estreñimiento, entre otros problemas⁴.

Las manoplas son un dispositivo menos agresivo y confortable que las contenciones rígidas habituales para los miembros superiores (las muñequeras), ya que evitan el agarre manual pero permiten la movilidad del miembro superior, reduciendo así la probabilidad de aparición de úlceras por presión y el atrofiamiento muscular entre otros.

En la mayoría de los casos estudiados en nuestra muestra, las manoplas no tuvieron que ser sustituidas por muñequeras, lo que garantiza que se disminuyó el riesgo de manipulación de dispositivos insertados, como vías venosas, sondas vesicales, enterales o dispositivos de oxigenoterapia, manteniendo libre la movilidad de la extremidad, al contener sólo la movilidad normal de la mano y la capacidad de agarre.

La implantación de este dispositivo en la práctica clínica habitual, pese a no resolver el problema de la agitación que provocan los cuadros de delirium, ha permitido disminuir la tasa de uso de muñequeras rígidas en 9 puntos, del 11% según registros previos en el mismo período del año anterior de nuestro servicio, al 2,04% tras la implantación de las manoplas. Lo que contribuye a la mejora en el ámbito de cuidados relacionada con la humanización del paciente y su seguridad.

Según la distribución observada en nuestra muestra, la media de días de estancia hasta la indicación del dispositivo de contención fue aproximadamente el tercer día de ingreso, lo que coincide con la bibliografía sobre la aparición de cuadros de delirium². Esta información es relevante, ya que nos ayuda a anticiparnos en el manejo del entorno hospitalario y a prevenir la agitación que actualmente justifica la contención para, poco a poco, poder conseguir unos resultados en nuestros entornos de contención cero recogidos y reclamados en documentos técnicos como por ejemplo el de la Sociedad Española de Geriatría⁵.

El hecho de que más de la mitad de los pacientes que necesitaron control de la movilidad manual de nuestra muestra no presentaran un diagnóstico previo de deterioro cognitivo, junto con la ausencia de diferencias significativas en el tipo de dispositivo de contención utilizado en función de otros trastornos neurocognitivos, sugiere posibles líneas de investigación futura sobre el manejo de alteraciones conductuales en pacientes ingresados con alteraciones médicas.

De acuerdo con los resultados de esta experiencia, las manoplas pueden ser efectivas para reducir el uso de contenciones rígidas en unidades con población geriátrica, brindando mayor comodidad y seguridad al paciente. Este estudio busca contribuir en la mejora de los cuidados, ayudando a mejorar la humanización del paciente, aunque es necesario seguir ahondando en el uso clínico de este dispositivo para proporcionar más evidencia, dado que no se han encontrado apenas estudios similares al nuestro, siendo necesario ampliar esta línea de investigación con diseños experimentales a futuro.

Palabras clave: Anciano, seguridad del paciente, restricciones físicas

Bibliografía:

- ¹ Tobar E, Alvarez E. Delirium in elderly hospitalized patients. *Revista Medica Clinica Las Condes*. 2020 Jan 1;31(1):28–35.
- ² Marco J, Méndez M, Cruz-Jentoft AJ, García Klepzig JL, Calvo E, Canora J, et al. Clinical characteristics and prognosis for delirium in Spanish internal medicine departments: An analysis from a large clinical-administrative database. *Revista Clinica Espanola*. 2019 Nov 1;219(8):415–23.
- ³ Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aparición de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Revista española de geriatría y gerontología*. 2011; 46(1);36-42
- ⁴ Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Madrid. 2014
- ⁵ Sociedad española de geriatría y gerontología. Cuidado sin sujeciones. Documento técnico cuidado sin sujeciones. 2023.
- ⁶ Abraham J, Hirt J, Richter C, Köpke S, Meyer G, Möhler R. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022
- ⁷ Registered Nurses' Association of Ontario. Fomento de la seguridad: Alternativas al uso de contenciones. Guía de Buena práctica clínica. Ontario. 2012
- ⁸ Servicio de Salud de Castilla y León. Plan de calidad y seguridad del paciente 2022-2026. Junta de Castilla y León. Valladolid. 2022
- ⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de seguridad del paciente del sistema nacional de salud. Período 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. 2016
- ¹⁰ Comisión de cuidados de Hospital Universitario Río Hortega. Protocolo de contención mecánica en unidades de hospitalización. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. 2021

- ¹¹ Marco Marco; j, Vicente Edo M, Mesa Raya C, Aliaga Nueno M, Sanjuán Cuartero R, Magdalena Belio J, et al. Protocolo de buenas prácticas para el uso de medidas de sujeción en el ámbito domiciliario y centros asistenciales: sociales y sanitarios. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud Instituto Aragonés de Servicios Sociales, editor. 2019. 153
- ¹² Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Protocolo de Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica CHUA. 2015.
- ¹³ Hospital Viren de la Poveda. Protocolo sobre sujeción mecánica y farmacológica. Comunidad de Madrid; 2019.
- ¹⁴ Via-Clavero G, Acevedo Nuevo M, Gil-Castillejos D, Rodríguez Mondéjar JJ, Alonso Crespo D. Non-pharmacological interventions to reduce physical restraints in critical care units. *Enfermería Intensiva*. 2024;34:1–9.

RECOMENDACIONES PARA EL USO DE SOLUCIONES DE PRESERVACIÓN DE ÓRGANOS CON FINES DE TRASPLANTE, POR ENFERMERÍA

ID Comunicación: 114

Tipo de comunicación: Oral Breve

MORENO RUBIO, F.; REINA LEAL, L. M.; GALVIS PALACIOSW, L. F.; Castañeda Velandia, D. C.; Fuentes Cabezas, F. A.; Rocha García, D. F.

RECOMENDACIONES PARA EL USO DE SOLUCIONES DE PRESERVACIÓN DE ÓRGANOS CON FINES DE TRASPLANTE, POR ENFERMERÍA

El trasplante de órganos y tejidos mejora la calidad de vida y la supervivencia de pacientes con enfermedades crónicas. Uno de los desafíos es la escasez de donantes y la demanda de órganos, denotando relevancia de cuidados de enfermería efectivos en la preservación de órganos y tejidos. Objetivo: Establecer recomendaciones al personal de enfermería con respecto al manejo de soluciones de preservación en órganos con fines de trasplante. Pregunta PICO: ¿Cuáles son las recomendaciones para el personal de enfermería en el manejo de soluciones de preservación de órganos con fines de trasplante? Criterios de inclusión y exclusión. Artículos de investigación primaria y secundaria, que hayan revisado y/o evaluado el manejo de soluciones de preservación de órganos, publicados 2019 y 2023, en español, inglés o portugués. Se excluyeron documentos como literatura gris. Estrategia de búsqueda. La revisión se realizó en cinco fases, siguiendo la propuesta de Whittemore y Knafl. Ecuaciones de búsqueda con términos DeCS y MeSH y operadores booleanos AND y OR, bases de datos: Pubmed, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Epistemonikos, Ovid, y ProQuest. Métodos para seleccionar los estudios y evaluación de la calidad de los estudios seleccionados. La selección de los estudios se efectuó por títulos relacionados con el fenómeno de interés, se leyeron los resúmenes y textos completos. Los estudios incluidos fueron evaluados con las listas de chequeo del Joanna Briggs Institute, de acuerdo con el tipo de investigación que reportaron. Métodos para extraer y sintetizar los datos de la revisión. La extracción de la información se realizó en una base de datos de Microsoft Excel®, (autor, año, país de desarrollo del estudio), así como información relacionada con los objetivos, método (diseño metodológico, participantes, intervención, técnicas de recolección y análisis de información) y resultados. El análisis se llevó a cabo en cuatro momentos: Reducción de datos, Visualización de datos, Comparación de datos y Desarrollo y verificación de conclusiones. Resultados. Se incluyeron 17 artículos, publicados en inglés (47,06%) y español (52,94%), con diseños de cohortes (23,53%), descriptivos transversales (35,29%), experimentales (11,76%), revisiones sistemáticas (17,65%) y revisiones integrativas (11,76%). Se establecieron tres temáticas: Competencias del personal de enfermería, Manejo y condiciones en las soluciones de preservación y Prevención de infección con las soluciones de preservación. Discusión. El rol de enfermería, dentro del proceso de preservación de órganos, y el manejo de soluciones, es fundamental para el éxito en el trasplante de órganos y su aceptabilidad en el receptor. Los estudios muestran la importancia de implementar estrategias, como el uso de soluciones de preservación adecuadas, la profilaxis antibiótica, para mitigar el riesgo de contaminación por microorganismos. Es importante considerar un enfoque individualizado para el cuidado de enfermería, según el tipo de órgano trasplantado y otros factores clínicos.

Palabras clave: Preservación de órganos, enfermería, trasplantes, cuidado de pacientes.

Bibliografía:

¹ 1. Torres Zamudio C. Insuficiencia renal crónica. Rev Med Hered [Internet]. 2003 Jan [citado 2023 Sep 25]; 14(1):1-4. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2003000100001&lng=es.

² 2. Pérez Loredo J, Lavorato CA, Negri AL. Tasa de filtración glomerular medida y estimada: numerosos métodos de medición (Parte I). Rev Nefrol Dial Traspl [Internet]. 2015 Sep [citado 2023 Sep 25]; 35(3):153-164. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2346-85482015000300005&lng=es.

³ 3. Territo A, et al. Open versus robotic-assisted kidney transplantation: A systematic review by the European Association of Urology (EAU)–Young Academic Urologists (YAU) Kidney Transplant Working Group. Actas Urológicas Españolas (English Edition). 2023.

Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2173578623000392>

⁴ 4. Pedroza XJ, Acosta VLR, Fernández VDRP, Allaica JGT, López APL, Mayorga ORL. Donación de órganos en Sur América: Comportamiento actual. Revista UNIANDES de Ciencias de la Salud. 2019;2(3):240-264. Disponible en: <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/RUCSALUD/article/view/1478>

⁵ 5. Pedroza XJ, Paredes Fernández VDR, Tenesaca Allaica JG, López López AP, López Mayorga OR, Ramos Acosta VL. Rescate de órganos: Vista de donación de órganos en América: Comportamiento renal [Internet]. 2019 sep-dic; 2(3):240-264 [citado el 27 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/RUCSALUD/article/view/1478/826>

⁶ 6. Weert S, Leemans CR. Rescate de órganos en cáncer de cabeza y cuello. Oral Dis [Internet]. 2021; 27(1):117–124. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/odi.13582>

⁷ 7. González MT, Santolaya R, Antunez M, Cabello H, Ortega JI, Zink M, Muñoz D, Perez P et al. Donación internacional de órganos. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:97. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.97>

Otros aspectos: .

.

Comunicaciones orales: Práctica clínica - Cuidados a la comunidad / Oral communications: Clinical practice - Community care

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE MEJORA DEL BIENESTAR PSICOEMOCIONAL EN MUJERES DE LA GENERACIÓN X

ID Comunicación: 104

Tipo de comunicación: Oral Breve

Llinares Alvarez, A. M.; Cerezo Saelices, M.; Perez Otín, M. del M.; Hevia Lorefice, M. B.

1. TÍTULO: IMPACTO DE UN PROGRAMA DE MEJORA DEL BIENESTAR PSICOEMOCIONAL EN MUJERES DE LA GENERACIÓN X

2. Autoría: Ana María Llinares Álvarez (enfermera especialista en enfermería del trabajo Quirónprevención/Hewlett Packard Enterprise; orcid.org/0009-0006-2825-5234), Mónica Cerezo Saelices (EHS-Hewlett Packard Enterprise), orcid.org/0009-0000-2055-325X), M^a del Mar Pérez Otín (Quirónprevención/Hewlett Packard Enterprise), M^a Belén Hevia Lorefice (EHS-Hewlett Packard Enterprise)

3. Palabras clave: Bienestar psicoemocional, mujeres, generación X

Introducción

La situación personal y laboral que viven actualmente las mujeres de la generación X, les está provocando importantes niveles de incertidumbre, ansiedad generalizada, desmotivación y desánimo. Sus niveles de salud psicoemocional requieren de atención personalizada, con perspectiva generacional, proponiéndose una **intervención psicoeducativa** específica y adaptada dentro de las actividades de promoción de la salud de la compañía.

4. OBJETIVO

Valorar el impacto de un programa de mejora del bienestar psicoemocional en mujeres de la generación X, a través de una intervención psicoeducativa basada en herramientas y habilidades de afrontamiento.

Objetivos secundarios:

- Disminuir el nivel de Ansiedad/Preocupación
- Aumentar el conocimiento sobre manejo de la Incertidumbre
- Aprender a lidiar con el Desánimo

5. MÉTODOS

Diseño: Estudio Cuasiexperimental longitudinal prospectivo pre-post

Ámbito de estudio: HPE-CDS

Población diana: mujeres de la generación X (nacidas entre 1971-1981): 45 empleadas. N° participantes: 16 trabajadoras

Tipo de muestreo: no probabilístico de conveniencia

Criterios de inclusión: empleadas que cumplan con el requisito de edad

Criterios de exclusión: empleadas de otras generaciones, en situación de baja laboral o desvinculadas de la empresa

Variables sociodemográficas: N° hijos, personas dependientes y estado civil

Variables dependientes cualitativas: Ansiedad/Preocupación, Incertidumbre por su futuro, Desánimo, Nivel de satisfacción

Instrumentos de medida ad hoc:

1. Cuestionario con 24 preguntas cerradas para las variables sociodemográficas, ansiedad, incertidumbre y desánimo
2. Cuestionario de 6 preguntas cerradas y abiertas de satisfacción con la intervención
3. Nivel de asistencia

Intervención

- **Tres módulos** formativos teórico-prácticos: **Ansiedad/Preocupación, Incertidumbre y Desánimo**
- **4 sesiones**/módulo: **12 sesiones** de 45–60 minutos/sesión
- **Recogida de datos:** el proyecto fue aprobado por la compañía y se enviaron mails a las empleadas informando de la actividad a realizar. Una vez recibida la aceptación de las participantes, se les convoca a las diferentes sesiones
- Se pasaron los cuestionarios a las participantes antes y después de la intervención
- La intervención se realizó durante los meses de mayo, junio y octubre 2023 por proveedor autorizado

6. RESULTADOS

- Mejoría considerable en el nivel de incertidumbre (a mantener las condiciones laborales del 46,42% al 43,75% y a mantener el puesto de trabajo del 50% al 25%)
- Nivel de ansiedad/preocupación:
 1. en puntuaciones altas, mejoría tras el programa (del 57% al 31%)
 2. en puntuaciones bajas también mejora (del 69% al 43%)

Los resultados distribuidos por items son:

1. sentirse inquieta mejora del 36% al 19%
 2. dificultad para relejarse baja al 19% frente al 43% que se daba al inicio
 3. nivel de preocupación disminuye al 31% desde el 43% inicial
 4. sentirse nervioso, ansioso y/o irritado mejora del 46% al 31%
- Mejoras en el nivel de desánimo:
 1. sentirse con pocas energías/cansadas (del 50 al 19%)
 2. los trastornos alimenticios disminuyen (del 39% al 12,5%)
 3. dificultad para concentrarse (del 60,7% al 37,5%)
 4. dificultad para conciliar el sueño/permanecer dormido (del 43% al 31%)
 5. sentirse decaído, deprimido o sin esperanza mejora (del 18% al 12,5%)
 - El nivel de satisfacción ha sido alto–muy alto

7. DISCUSIÓN

- La intervención ha sido útil, eficaz y beneficiosa para mejorar el bienestar psicológico y emocional de la población a estudio
- Reducción de niveles altos de ansiedad/preocupación en un 26%, mejoría significativa del nivel de incertidumbre y, relativo al desánimo, aumento del nivel de concentración y disminución de los trastornos alimenticios
- Incremento de recursos y herramientas psicológicas para el día a día
- Aprendizaje de conductas y habilidades para mejorar la salud psicológica y el bienestar
- Desarrollo y potenciación en inteligencia emocional: autoconocimiento, autoimagen, autoestima y autopercepción
- Reducción sintomatología ansioso-depresiva
- Mejoría pensamientos/sentimientos negativos
- Disminución de barreras sociales en el manejo de estas variables

Implicaciones para la práctica clínica:

La implementación de este tipo de programas enfocados en la cultura del bienestar, ponen en valor la figura de la enfermera como agente de cambio en las organizaciones. A través de intervenciones basadas en la prevención, promoción de la salud y psicoeducación, se logra mejorar el nivel de estrés, el nivel de ansiedad y el estado de ánimo de los empleados, mejorando el clima socio-laboral creando un entorno de trabajo más positivo, fomentando el apoyo emocional y la resiliencia y ayudando al empleado a afrontar mejor las adversidades.

Gracias a este tipo de iniciativas se puede establecer un diagnóstico temprano de las desviaciones psicológicas de los empleados impactados, favoreciendo la toma rápida de decisiones y las derivaciones a servicios especializados en caso necesario. Además, el personal de enfermería implicado en el programa mejora su capacitación en el ejercicio de sus funciones a través de la formación continua.

Respecto al impacto en las organizaciones (HPE), este tipo de intervenciones puede ayudar a generar un aumento en la productividad, mejora del clima laboral, mejora del compromiso del empleado con la compañía y reducción del absentismo.

Áreas de mejoras, próximas intervenciones y líneas de investigación en fomento del bienestar psicoemocional (personal-laboral)

- Estilos de vida saludables: ejercicio físico, alimentación, higiene del sueño, manejo de estrés, técnicas de relajación (meditación, atención plena, yoga)
- Planificación y organización del trabajo y vida personal. Toma de decisiones y resolución de problemas. Establecimiento de metas realistas y planes de contingencia
- Búsqueda de apoyo social, redes sociales y relaciones positivas
- Capacitación y desarrollo de soft skills (manejo de emociones, control de estrés, resiliencia, comunicación eficaz)
- Reestructuración cognitiva: control de pensamientos, manejo de la tristeza, manejo del autocuidado y la autocompasión
- Programas de mentoring
- Eliminar la brecha digital y fomento de la tecnología. Manejo de plataformas y uso de IA
- Establecimiento de procesos de evaluación, seguimiento y mejora continua (feedback)

8. Referencias Bibliográficas

- Fuente: Observatorio GT Generación y Talento, 2023. Basado en el EstudioSalud&Bienestar Intergeneracional, autopercepción de las generaciones sobre su salud y cómo potenciarla en el ámbito de trabajo

9. Otros aspectos del trabajo

- Los autores no tienen conflicto de intereses
- Los autores no han utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción
- El programa se ha llevado a cabo en la organización gracias al apoyo y aprobación por parte de la dirección de la compañía. Las participantes han aceptado voluntariamente formar parte de este programa, manifestándolo vía mail una vez informadas acerca del mismo y pudiendo abandonarlo en cualquier momento que lo deseen

Palabras clave: Bienestar psicoemocional, mujeres, generación X

Bibliografía:

¹ Fuente: Observatorio GT Generación y Talento, 2023. Basado en el EstudioSalud & Bienestar Intergeneracional, autopercepción de las generaciones sobre su salud y cómo potenciarla en el ámbito de trabajo.

Otros aspectos:

EVALUACION DEL ABORDAJE DEL TABAQUISMO CON LA IMPLANTACION DE RECOMENDACIONES DE LA GUIA BUENAS PRÁCTICAS.

ID Comunicación: 301

Tipo de comunicación: Oral Breve

Martin Vaquero, Y.; Sánchez Cerezal, J. Á.; Folgado Temprano, L.; López Mozo, V.; Pérez Rodríguez, L.; Turrion Velasco, R. S.; Barroso Rodríguez, F.; López García, J. C.; Fernando Pablo, A. C.

En 2022 se inicia en la Gerencia el proceso de implantación de Guía de Buena Práctica “Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo del tabaco en la práctica diaria” de la RNAO® en línea con el Proceso Asistencial Integrado para la Atención a las Personas Fumadoras de la institución. Se seleccionó esta guía dado que el consumo de tabaco es un factor de riesgo en diversas patologías y la primera causa conocida de mortalidad y morbilidad evitables. El ingreso hospitalario es un momento crítico para realizar intervención en el tabaquismo. Incluir en la valoración del paciente al ingreso en la unidad de hospitalización el cribaje y la intervención breve está descrito con un momento óptimo para que los fumadores se planteen el abandono.

Al pertenecer a una Gerencia única primaria y hospitalaria se contempla integrar todo el proceso en ambos niveles asistenciales. Se inicia en la unidad de hospitalización específica de ingreso de los pacientes respiratorios, en la consulta de neumología y dos centros de salud del área de salud. Esta Gerencia tiene la particularidad de que tenga una Escuela de Enfermería perteneciente al sistema de salud adscrita a la universidad de Salamanca lo que conlleva que se pueda trasladar todo el proceso a la formación pregrado y que los estudiantes se impliquen activamente en la implantación de las recomendaciones.

Objetivos: Identificar el proceso establecido de abordaje del tabaquismo. Determinar el hábito tabáquico entre los pacientes hospitalizados. Analizar el nivel de integración en la práctica diaria de la valoración del paciente fumador.

Metodología

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo. La muestra son los pacientes dados de alta en cinco días consecutivos de cada mes de Neumología entre noviembre 2022 y febrero 2024, 16 meses valorados. Siguiendo la metodología de evaluación de BPSO®. Se analizan variables sociodemográficas, cribado y hábitos sobre consumo de tabaco de forma anonimizada y por evaluadores externos a la unidad, siguiendo el proceso se envían datos por la plataforma CAREVID .Se realiza análisis descriptivo de las variables extraídas de los informes de dicha plataforma.

Resultados

El proceso de implantación se inicia con el ingreso de los pacientes en la unidad de Neumología donde se le realiza la intervención breve, se observa un 100% de cumplimiento. Al inicio de la implantación no se disponía de registro específico y fue creado e incorporado a la aplicación GACELA CARE que es la que gestiona los registros de cuidados en la institución.

Al alta del paciente si desea abandonar se facilitan recursos disponibles. Deben acudir a sus profesionales de Atención Primaria (A.P.) de referencia para iniciar el proceso. En los casos de mayor complejidad se derivan a la consulta específica del hospital. Se le realizará el seguimiento durante 1 año.

El grupo realiza actividades de formación y difusión con la participación de profesionales, estudiantes y pacientes. De forma específica se celebra el día 31 de mayo, “día mundial sin tabaco” para visualizar y concienciar. Esta actividad tiene impacto en la prensa, redes sociales y en los distintos centros sanitarios.

La muestra es de 476 pacientes hospitalizados en la unidad de Neumología. La media de edad 73.86 ± 14.4 años similar en todo el periodo. El 63% son hombres. Hay un aumento de mujeres del 36.84 % en 2022 a 45.61 % en 2024. El promedio fumadores es 15%, 43% ex fumadores de más de un año y 41% nunca ha fumado. Se realiza intervención breve al 100% de los pacientes hospitalizados. El 96% ha consumido en los últimos 30 días. La media de años de historial de hábito tabáquico

es 16.01 años. El 40% están interesados en abandonar el consumo de media. Se detecta una disminución en el interés de abandono en el periodo estudiado (2022; 66.67 % a 2024; 33.33%).

No se realiza intervención intensiva y/o asesoramiento de farmacoterapia durante la hospitalización. No se recibe tratamiento sustitutivo de nicotina en la hospitalización. El 62% ha recibido plan de intervención centrado en la persona.

Conclusiones

Se sistematiza la valoración y registro de los fumadores en el ingreso a todos los pacientes y la derivación. El proceso establecido supone una atención integral e incrementa la detección temprana de fumadores. El procedimiento en A. P. se está sistematizando y potenciando creando consultas específicas gestionadas por enfermeras. El porcentaje de fumadores detectado es similar a otros estudios.

La extensión de la guía a más unidades y centros de A. P. aumentará las oportunidades de detección y abandono de tabaquismo. El equipo continua formándose, diseñando actividades para lograr el objetivo de disminución del tabaquismo.

Palabras clave: Tabaquismo. Intervención breve del tabaquismo. Hospitalización. Atención Primaria

Bibliografía:

¹ • **Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO) (2017). Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo de tabaco en la práctica diaria (3a ed.) Toronto, ON: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO).**

² **Proceso Asistencial Integrado para la atención a las personas fumadoras. Valladolid: Consejería de Sanidad; Dirección General de planificación y asistencia sanitaria; 2019. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/tabaquismo>**

Otros aspectos:

Prevalencia de lesiones cutáneas crónicas en Zona Básica de Salud de Arjona.

ID Comunicación: 185

Tipo de comunicación: Oral Breve

Zamora Zamora, F.; Sánchez Aguayo, E. M.; Lara Aguayo, F.; De la Cruz Villamayor, J. A.; Cañizares Lara, M. D.; Gea Romero, P.; Jiménez Moreno, M. J.; Pérez Villar, I.; Durán Miranda, A.

Introducción:

Las lesiones por presión constituyen un importante problema de salud a nivel mundial. Se ha estimado una incidencia de estas lesiones, en personas atendidas en residencias de 7.2 % (95 % CI 6.2–8.3 %) a 11.6 % (95 % CI 9.6–13.7 %) (1). Los factores de riesgo incluyen movilidad reducida, pérdida de sensibilidad, deficiencia nutricional, deterioro cognitivo entre otros. Se estima que en entornos comunitarios, cada lesión por presión cueste al estado 10323 € al año (2). Las lesiones por presión, tiene un alto impacto en las personas que las sufren, afectando a la calidad de vida, al dolor, a la pérdida de independencia, depresión, afectando a las relaciones sociales y al bienestar psicológico, lo que subraya la necesidad de comprender los factores que afectan a la prevención de estas lesiones y la prevalencia dentro de nuestro medio.

Objetivos:

Conocer las lesiones crónicas atendidas en la Zona Básica de Salud de Arjona en el primer cuatrimestre del año 2024 y su prevalencia.

Métodos:

Diseño: Estudio observacional descriptivo longitudinal multicéntrico. Ámbito: Zona Básica de Salud de Arjona. Periodo: Enero a abril de 2024. Variables: Tipo de herida, localización, origen, procedencia, estadío y tiempo de evolución. Instrumento de medida: Escala RESVECH 2.0. Población: Población atendida en zona básica de salud de Arjona que haya tenido una lesión cutánea crónica. Análisis: Variables cuantitativas media y desviación estándar y para variables cualitativas frecuencias y porcentaje mediante SPSS v21.

Resultados:

Se han realizado 929 registros en 265 pacientes, 130 (49%) hombres y 135 (51%) mujeres. La edad media fue de 69.3 ± 20.2 años, en los que se han registrado 350 lesiones, media de $1.32 \pm 0.79 \sigma$ por paciente, de forma que el 80% desarrolló una lesión, 13.2% desarrolló 2 lesiones, 3.8% desarrolló tres lesiones. Las úlceras por presión son las lesiones más frecuentemente registradas en un 24%, seguidas por las heridas quirúrgicas (23%) y traumáticas (9%) respectivamente. La media de valoraciones realizadas por lesión fue de $7.34 \pm 13.3\sigma$, con una media de curación de 11.8 ± 23.7 meses. El 59.1% tuvo origen en el domicilio, el 34% en el hospital, el resto 6.8% en residencia de mayores. Se clasificaron de 2º (50,8%), 3º (27.5%), 1º (12.4%) y 9.3% de 4º. Las localizaciones más frecuentes fueron la pierna derecha, izquierda y sacrocoxígea (11.7%, 9.7% y 9.14%) respectivamente. Han sido evaluadas con una puntuación mínima de 3, 1º, y máxima de 15, 4º, en escala de RESVECH 2.0. La prevalencia de heridas crónicas fue de 0.78%, para 11426 personas, y una prevalencia de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD), incluidas presión, humedad, fricción, combinadas y desgarros cutáneos de 0.48%.

Discusión:

Se determinó una prevalencia de heridas crónicas de 0.78% con una media de edad de 69.3 ± 20.2 años. Existen otros estudios con resultados muy dispares, se han referido datos de prevalencia de 6.11%, para LCRD atendidas en domicilio (3), y 0.19, en lesiones de más de cuatro semanas de evolución (4), y 0.11 con exclusión de centros sociosanitarios (5) o inclusión, 9.28%, muy superiores a nuestro estudio (6). En cualquier caso, la escala RESVECH 2.0 (7,8), permitió una visión continuada de la evolución de las heridas mediante una escala validada, que disminuyó la variabilidad terapéutica, y mejoró la comunicación entre los profesionales (9). Como limitación, la formación continuada ha sido una importante estrategia para la mejora de los resultados y en nuestro caso, enfermeras de nueva incorporación no han realizado esta formación

(10). En conclusión, la escala RESVECH 2.0, permitió comparar resultados con otras poblaciones y por primera vez se obtuvieron datos de prevalencia en nuestra zona básica, lo que nos permitirá mejorar los programas de educación y replantear los recursos destinados a las heridas crónicas.

Palabras clave: wound healing; Pressure injury; Pressure Ulcer; Pressure Sore; Prevalence; Primary Health Care

Bibliografía:

- ¹ Sugathapala RDUP, Latimer S, Balasuriya A, Chaboyer W, Thalib L, Gillespie BM. Prevalence and incidence of pressure injuries among older people living in nursing homes: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2023; 148:104605.
- ² Heywood-Everett S, Henderson R, Webb C, Bland AR. Psychosocial factors impacting community-based pressure ulcer prevention: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2023 Oct; 146:104561
- ³ García FP, Torra JE, Soldevilla JJ, Pancorbo PL. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en centros de atención primaria de salud de España en 2017. *Gerokomos.* 2019; 30(3):134-41
- ⁴ López-Alayeto C, Alexandre-Lozano S, Gimeno-Pi I, Marquilles-Bonet C, Bernis-Domenech M. Prevalencia de heridas crónicas y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en atención primaria de la provincia de Lleida en 2022. *Gerokomos.* 2023;34(2): 134-7.
- ⁵ Díaz-Herrera MÁ, Martínez-Riera JR, Verdú-Soriano J, Capillas-Pérez RM, Pont-García C, Tenllado-Pérez S, et al. Multicentre Study of Chronic Wounds Point Prevalence in Primary Health Care in the Southern Metropolitan Area of Barcelona. *J Clin Med.* 2021;10(4):797.
- ⁶ Torra-Bou JE, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, López-Franco MD, García-Fernández FP. Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en residencias de mayores y centros sociosanitarios de España: resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022. *Gerokomos.* 2023;34(4):269-276.
- ⁷ Restrepo-Medrano JC, Soriano JV. Desarrollo de un índice de medida de la evolución hacia la cicatrización de las heridas crónicas. *Gerokomos.* 2011;22(4):176–183.
- ⁸ Restrepo-Medrano J. Instrumentos de monitorización clínica y medida de la cicatrización en úlceras por presión (UPP) y úlceras de la extremidad inferior (UEI): desarrollo y validación de un índice de medida. Universidad de Alicante; 2011.
- ⁹ European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.
- ¹⁰ Ramundo J, Coverstone S, Crumbley DR, Geiger D, Jankowski I, Ritter D, et al; Wound Treatment Associate Advisory Committee(WTAAC). Evaluation of the Impact of the Wound Treatment Associate (WTA) Education Program on Practice and Quality Patient Outcomes. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2020;47: 13-9.

Otros aspectos:

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL INFORME DE CUIDADOS. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

ID Comunicación: 421

Tipo de comunicación: Oral Breve

Vera Pérez, J. A.; Sánchez López, A.; Roldán Chicano, M. T.

Objetivo

Describir y analizar la percepción de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de las Área de Salud II y VIII del Servicio Murciano de Salud (SMS), con el informe de cuidados.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo sobre la satisfacción con el informe de cuidados, utilizando la herramienta modificada de Álvarez-Cuadrado (1-3). La encuesta se administró on-line, <https://forms.gle/dt47FgRGnBmNELvTA>, a través de un muestreo por conveniencia. El análisis estadístico se realizó con el programa Jamovi (The Jamovi Project, 2020). Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las variables.

RESULTADOS /CONTENIDOS

151 profesionales contestaron la encuesta, 43 (28,5%) hombres, con una edad media de $52,7 \pm 9,53$ años y 108 (71,5%) mujeres, con una edad media de $47,5 \pm (9,86)$. La puntuación media de satisfacción global con el informe (escala 0-10) fue de $5,09 \pm 2,65$, la puntuación global no se relacionó con la edad, sexo o años de experiencia del profesional sanitario, pero si se relacionó de forma estadísticamente significativa con el Área de Salud a la que pertenecían los profesionales Área VIII ($4 \pm 2,38$), Área II ($5,4 \pm 2,65$) $U=1400$ ($p=0,004$).

Las opciones de respuesta de las preguntas podían ir de 1 (totalmente de acuerdo a 4 totalmente en desacuerdo), la afirmación que mayor nivel de acuerdo tuvo fue "Conozco el modelo de informe de cuidados utilizado en nuestra Área de Salud" ($1,4 \pm 0,75$). La afirmación que más desacuerdo suscitó fue "En algunas situaciones la falta de informe de cuidados ha dificultado la planificación de cuidados" ($2,5 \pm 0,98$). Las puntuaciones de las diferentes preguntas solo se relacionaron de forma estadísticamente significativa con el área de salud de los profesionales: pregunta 3 (Creo necesario que el informe de cuidados acompañe al paciente tras el alta hospitalaria Área II ($1,49 \pm 0,74$) vs Área VIII ($1,86 \pm 1,1$), con una diferencia significativa de 0,3 (IC 95% 0,7-0,04), $t(95)=-2,27$) y pregunta 9 (La información sobre estos diagnósticos NANDA, los resultados NOC e intervenciones NIC que se le asocian, me resultan útiles para planificar los cuidados posteriores al alta hospitalaria) Área II ($2,21 \pm 0,8$) vs Área VIII ($2,69 \pm 1,03$), $U=1482$ ($p=0,007$).

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio revelan que la percepción de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en las Áreas de Salud II y VIII del SMS sobre la calidad de los informes de cuidado es moderada. La puesta en marcha del informe de cuidados supuso un reto para los centros sanitarios, que centraron sus estrategias en el número de informes emitidos. Pero este indicador no asegura que se intercambie información útil y fiable entre diferentes niveles asistenciales. La percepción sobre el informe también varió de forma significativa según el área de salud, lo que nos puede indicar diferencias en su implantación, formación de los profesionales o recursos disponibles.

Específicamente, estos datos permiten al Área VIII (candidata centro Best Practices Spotlight Organization -BPSO- en la próxima cohorte) tener una perspectiva basal de la calidad de sus informes de cuidados, y una primera identificación de áreas de mejora, necesarias como punto de partida para comenzar a implantar la guía Transitions in Care and Services (4).

Palabras clave: Satisfacción del Profesional; Registros de Enfermería; Atención Primaria de Salud; Calidad de la Atención de Salud; Transición del Cuidado del Paciente

Bibliografía:

¹ Cruzado Álvarez , Bru Torreblanca A, González Peral R, Aída Otero S. (2008). Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de Atención Primaria. *Enferm Cardiol.* (15, 4521-25). Disponible en: <https://enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/revista/revistas/45/valoracion-del-informe-de-continuidad-de-cuidados-por-enfermeras-de-atencion-primaria>

² López Ortín M, Martínez Lax AM, Pérez Galindo MM, Roca Meseguer M, Guillén Torres JM, Muñoz Ureña AM. (2015). Informe de cuidados de Atención Primaria: validación del cuestionario de satisfacción [Comunicación en congreso]. I Jornada de difusión de la investigación enfermera realizada en el área II. Cartagena (Murcia).

³ Pérez Galindo MM, Roca Meseguer M, Martínez Lax AM, López Ortín M, Murcia Legaz JL, Alcaraz Pérez AM. (2015). Informe de cuidados. ¿Qué piensa el enfermero de Atención Primaria. [Comunicación en congreso] . I Congreso Nacional de Jóvenes Investigadores en Enfermería. Escuela de Práctica Enfermera. Universidad de Murcia. Murcia.

⁴ Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Transitions in care and services*. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO; 2023.

Otros aspectos:

Comunicaciones orales: Salud mental - Salud materno infantil - Práctica clínica / Oral communications: Mental Health - Maternal and infant care - Clinical practice

La Calidad de la Atención en Salud Mental desde la mirada de los profesionales del Plan de Servicios Individualizados (PSI): un estudio descriptivo

ID Comunicación: 253

Tipo de comunicación: Oral Breve

sanchez balcells, S.; Ventosa Ruiz, A.; Puig-Llobet, M.; Tomás, M.; Agüera, Z.

Título: La Calidad de la Atención en Salud Mental desde la mirada de los profesionales del Plan de Servicios Individualizados (PSI): un estudio descriptivo

Autoría: Sara Sanchez-Balcells¹, Ana Ventosa-Ruiz², Manuel Tomás-Jiménez³, Montse Puig-Llobet⁴, Zaida Agüera⁵.

1. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental i Materno-infantil. Facultat de Enfermeria. Universitat de Barcelona (UB). Orcid: 0000-0002-190-7554

2. Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental. Orcid: 0000-0003-3186-5368

3. Unidad de Investigación de Parc Sanitari Sant Joan de Déu y Campus Sant Joan de Déu. Orcid: 0000-0003-0955-7289

4. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental i Materno-infantil. Facultat de Enfermeria. Universitat de Barcelona (UB). Orcid: 0000-0002-3893-4488.

5. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental i Materno-infantil. Facultat de Enfermeria. Universitat de Barcelona (UB). Orcid: 0000-0003-4453-4939

Palabras clave: Calidad de la atención, descriptivo, salud mental, atención comunitaria

Introducción: En los últimos años ha habido un interés en poder evaluar la calidad de la atención en salud mental desde varias perspectivas; personas afectadas, familiares y profesionales. El colectivo de profesionales de Salud Mental tiene un peso importante al valorar esta calidad en cuanto que permite entender mejor cuáles son las claves para poder avanzar en la atención de calidad como qué puntos fuertes se disponen en la actualidad (1,2). Los gestores de casos del PSI (Plan de Soporte Individualizado) disponen de una visión de la cura biopsiosocial y transversal acompañando a personas con problemas de salud mental atendidas en entornos varios (comunitario, hospitalario y penitenciario) y en contacto directo con niños, jóvenes y adultos.

Objetivo: El estudio pretende describir las percepciones de la calidad de la atención y la satisfacción percibida de los profesionales del PSI.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en el periodo de febrero de 2019 y febrero de 2020. La población de estudio se reclutó mediante un muestreo de conveniencia no probabilístico. Los criterios de inclusión fueron estar activos laboralmente, participar como profesionales de salud mental en el programa de PSI en Cataluña y aceptar voluntariamente participar. El único criterio de exclusión fue tener menos de un año de experiencia en el área de salud mental. Los instrumentos de medida utilizados fueron Quality in Psychiatric Care-Outpatient Staff (QPC-OPS) (3) y la escala satisfacción NTP 394 (4,5). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de investigación con medicamentos (CEIm) de la Fundación Privada por la Investigación XX.

Resultados: Participaron un total de 20 profesionales de PSI, de los cuales los 50% fueron mujeres y el otro 50% hombres. La edad media era de 39 años, mientras que la media de años trabajados en servicios comunitarios era de 12 años. El 50% de la población estudiada, valoraba que a menudo disponía de tiempo para realizar sus funciones laborales, el 80% afirmaba tener un trabajo enriquecedor, el 70% se mostraba dispuesto a promover mejoras de calidad en el equipo de referencia, el 40% a menudo tenía la oportunidad de participar en las acciones calidad de su equipo, el 65% consideraba un buen ambiente laboral, y el 30% ingresaría un familiar en su centro de referencia.

La percepción de calidad de la atención de los profesionales del PSI fue de 101.8 (\pm 13.20) (máxima puntuación 120 puntos) en frente del resultado de 102.06 puntos (\pm 8.80) del estudio global donde participaron 260 profesionales de la salud mental comunitaria (6).

De las dimensiones de la escala QPC-OPS las que tuvieron mejor puntuación fueron "Relación terapéutica" (D1) y "Participación-información" (D3), en contraste con las peores puntuadas, la "Atención familiar" (D7) y en la misma puntuación "Participación-empoderamiento" (D2) y "Entorno" (D6). En esta línea, el total de la población de salud mental comunitaria (260) valoraba con alta puntuación la dimensión "Relación Terapéutica" y "Apoyo Recibido", esta última menos puntuada por los profesionales de PSI. En cambio, las dimensiones menores valoradas fueron las mismas que los del PSI, a pesar de que la dimensión "Atención familiar" puntuaba más alto.

Del ítem mejor puntuado por los profesionales de PSI fue "Los y las profesionales tratan con respeto los pacientes" (ítem 15) en contraste con el ítem 2 "La seguridad en el centro es elevada".

La puntuación total del instrumento de satisfacción laboral NTP fue de 73.27 (\pm 13,30) (puntuación máxima 93 puntos) y el ítem mejor puntuado fue "La variedad de tareas que realizo en mi trabajo" (ítem 14) y el menos puntuado "La manera en que tu empresa está gestionada" (ítem 11).

Discusión: La percepción de calidad de los profesionales del PSI y la satisfacción laboral es valorada de forma positiva. En base a los resultados obtenidos, enfatizar en la relación terapéutica y participación-información hacia la persona atendidas su coherentes con los pilares fundamentales del PSI: ayudar a la persona a ser agente activo de la salud de la población atendida y fomentado el ejercicio de sus derechos. Hay que apuntar, que la atención familiar, el empoderamiento y el entorno es lo menos valorado, hecho que hay que poner atención y trabajar en un futuro próximo en los ámbitos comunitarios de salud mental. La buena coordinación y las relaciones interservicios, así como el sólido apoyo a los profesionales por parte de las organizaciones, son elementos clave que ayudan a evitar el agotamiento y el burn-out y contribuyen así a una mejor atención de las personas atendidas.

Palabras clave: Calidad de la atención, descriptivo, salud mental, atención comunitaria

Bibliografía:

¹ Schröder A, Ahlström G, Wilde-Larsson B, Lundqvist L-O. Psychometric properties of the quality in psychiatric care-outpatient (QPC-OP) instrument. *Int J Ment Health Nurs.* 2011; 20: 445–453.

² Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Psychol* 1979; 52, 129–148.

³ Perez J, Fidalgo M. NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 1994. Disponible en: <https://saludlaboralydiscapacidad.org/wp-content/uploads/2019/05/NTP-394-Satisfacción-laboral-escala-general-de-satisfacción.pdf>.

Otros aspectos:

Factores predisponentes de la violencia horizontal entre enfermeras en el ámbito hospitalario

ID Comunicación: 282

Tipo de comunicación: Oral Breve

Santana Berlanga, N. del R.; Reguera Carrasco, C.; Barrientos Trigo, S.; Muñoz Lobato, Á.; Fernández García, E.; Cordero Rodríguez, R. del P.; Fernández Palomo, C.; Ramos Brito, C.; García Ruíz, R.

Título: Factores predisponentes de la violencia horizontal entre enfermeras en el ámbito hospitalario

Objetivo: Identificar los factores predisponentes de la violencia horizontal entre enfermeras en el entorno hospitalario.

Método: Las búsquedas en bases de datos de esta revisión integradora se realizaron entre septiembre de 2022 y febrero de 2023, y los artículos se examinaron por título, resumen y texto completo según los criterios establecidos. Se incluyeron los artículos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: (1) examinar la violencia horizontal (2) entre profesionales de enfermería (3) que trabajan en el hospital, (4) publicados en inglés o español, (5) entre 2013–2023. Los criterios de exclusión incluyeron los siguientes: no disponibilidad del texto completo, violencia horizontal entre enfermeras de diferente estatus profesional y literatura reportada como revisiones narrativas y editoriales. Se identificaron artículos adicionales mediante búsquedas de citas retrospectivas. La calidad se evaluó mediante los instrumentos de Joanna Briggs, y una síntesis narrativa resumió los hallazgos.

Resultados: Se identificaron inicialmente 2166 artículos de los que finalmente fueron seleccionados 15 para su lectura a texto completo e inclusión en esta revisión. Estando centrados en la violencia entre enfermeras, denominada principalmente violencia horizontal e intimidación. La mayoría de los estudios utilizaron el Cuestionario Revisado de Actos Negativos y fueron calificados de «buena calidad». Entre los factores clave identificados figuran la demografía, las condiciones de trabajo y el estilo de liderazgo.

Discusión: Las variables relacionadas con la aparición de la violencia horizontal entre las enfermeras pueden agruparse en tres categorías: de gestión, profesional y laboral. Asimismo, se recomienda un enfoque integral y coordinado en la prevención de este tipo de violencia, ya que las principales características detectadas están estrechamente interrelacionadas. La violencia horizontal favorece los entornos de trabajo conflictivos. Por ello, la detección precoz de los factores predisponentes permitirá establecer medidas preventivas eficaces. De este modo se salvaguardará la salud de las enfermeras y se evitará menoscabar su bienestar y la calidad de los cuidados. Esta revisión tiene un impacto directo en la mejora de las relaciones entre enfermeras en el ámbito hospitalario, ya que aporta visibilidad al fenómeno. Además, tiene repercusiones organizativas, ya que facilita la toma de decisiones a la hora de abordar este tipo de violencia.

Otros aspectos: I. Para este estudio no ha sido necesaria la aprobación del comité de ética clínica

II. Los autores no presentan conflicto de intereses

III. Para el proceso de redacción no se ha utilizado inteligencia artificial generativa ni tecnologías asistidas por IA

Palabras clave: Violencia Horizontal, Enfermera, Factores Predisponentes, Hospital

Bibliografía:

¹ Lee H, Ryu YM, Yu M, Kim H, Oh S. A qualitative meta-synthesis of studies on workplace bullying among nurses. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(21):14120. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph192114120>

² Bambi S, Foà C, De Felippis C, Lucchini A, Guazzini A, Rasero L. Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses. A review about their prevalence and related factors. *Acta Biomed* [Internet]. 2018;89(6-S):51–79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v89i6-S.7461>

³ Jaber HJ, Abu Shosha GM, Al-Kalaldeh MT, Oweidat IA, Al-Mugheed K, Alsenany SA, et al. Perceived relationship between horizontal violence and patient safety culture among nurses. *Risk Manag Healthc Policy* [Internet]. 2023;16:1545–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/rmhp.s419309>

⁴ Kiprillis N, Gray R, McKenna L. Psychometric qualities of measurement tools used to determine workplace horizontal violence: A rapid review. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2022;28(4):653–69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jep.13651>

⁵ Rosi IM, Contiguglia A, Millama KR, Rancati S. Newly graduated nurses' experiences of horizontal violence. *Nurs Ethics* [Internet]. 2020;27(7):1556–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733020929063>

⁶ Vidal-Alves MJ. Workplace violence, burnout and health of nursing professionals in hospital setting [Internet]. [Murcia]: Repositorio de tesis de la Universidad de Murcia.; 2023. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/136654>

Otros aspectos:

"VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN POBLACIÓN INFANTIL: ENFERMERÍA LÍDER EN COMUNICACIÓN E INMUNIZACIÓN"

ID Comunicación: 31

Tipo de comunicación: Oral Breve

GONZÁLEZ GALLEGO, M.; RAMOS CARBAJO, M. J.; ANDRÉS TRABAJO, M.; BOBILLO DE LAMO, H.; LÓPEZ PÉREZ, R.; CARBAJO RODRÍGUEZ, C.; ÁLVAREZ ROBLES, O.; VAZQUEZ FRANCCO, E.; MARNOTES PENEDO, A.

INTRODUCCIÓN

La campaña de vacunación frente a la gripe 2023/2024, en la Comunidad Autónoma (CA) de Castilla y León, se ha desarrollado desde el 10 de octubre de 2023 hasta 29 febrero de 2024.

La principal novedad es la vacunación infantil a los niños de entre 6–59 meses de edad, que se incluyó en el Calendario vacunal para toda la vida en la CA de Castilla y León para 2023 (Orden SAN/1906/2022, de 22 de diciembre).

Para la vacunación antigripal en este grupo de edad, se establece como objetivo alcanzar el 55% de cobertura, tomando como referencia las tres comunidades que ya emprendieron esta vacunación en la temporada pasada (2022/2023), logrando unas coberturas entre el 45 % y el 55 % (Andalucía y Murcia, en el primer caso y Galicia, para el segundo).

En nuestra área de salud, el Área de Salud del Bierzo, se establece la captación activa por parte de los profesionales de enfermería de pediatría para programar la vacunación en este grupo de población diana.

OBJETIVO

ü Analizar los resultados obtenidos referidos a la vacunación antigripal en niños de 6 a 59 meses en el Centro de Salud Ponferrada II.

ü Comparar estos resultados con la media de los obtenidos en el resto de los centros de nuestra gerencia y otras áreas de salud de la CA de Castilla y León.

MÉTODO

Ámbito: Atención Primaria

Diseño: Estudio observacional descriptivo. Realizar comparativa de los niños de 6 a 59 meses a los que se les administra la vacuna antigripal durante la campaña 2023/24 de nuestro centro de salud y el resto de los centros de nuestra área y de la CA de Castilla y León.

Sujetos de estudio: Niños de 6 a 59 meses de las 11 Áreas de Salud de la CA de Castilla y León que los profesionales de enfermería de pediatría han administrado la vacuna antigripal.

Las enfermeras de pediatría de nuestro centro, Ponferrada II, realizamos captación activa, contacto telefónico con padres de los niños a estudio, repitiendo la llamada varias veces en caso de no obtener respuesta la primera vez.

Análisis de los datos. Análisis con estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas. Se utilizó SPSS.

RESULTADOS

De los niños de 6 a 23 meses en la Gerencia de Asistencia Sanitaria del Bierzo (GASBI) hemos vacunado al 63,5%. La media de la Comunidad Autónoma de CYL es del 62,2% : Ávila 61,1%; Burgos 50,5%; León 63,5%; Palencia 50,4%; Salamanca 74,8%; Segovia 54,9%; Soria 49,5%; Valladolid Oeste 61,1%; Valladolid Este 70,3%; Zamora 68,8%

De los niños de 24 a 59 meses en la GASBI hemos vacunado al 46,2 %. La media de la CA de CYL es del 41,6%: Ávila 49,7%; Burgos 31,7%; León 40,9%; Palencia 36%; Salamanca 47,2%; Segovia 36,9%; Soria 36,6%; Valladolid Oeste 37,9%;

Valladolid Este 49,9%; Zamora 43,2%

De los niños de 6 a 23 meses pertenecientes a nuestra institución, Centro de Salud Ponferrada II, hemos vacunado al 85,5%. Y de los niños de 24 a 59 meses al 77,8% del total.

DISCUSIÓN

Es importante destacar la aceptación y administración de la vacunación antigripal, en el tramo de edad de 6 a 23 meses. Se han conseguido en toda la CA coberturas superiores al 55 %, salvo en Burgos, Palencia y Soria. En el tramo de edad de 24 a 59 meses ninguna gerencia ha llegado al objetivo propuesto.

En el Centro de Salud Ponferrada II, en ambos tramos etarios superamos el objetivo planteado (de 6 a 23 meses se ha logrado el 85.3% y de 24 a 59 meses el 77.8%), debido principalmente a la captación activa llevada a cabo por las enfermeras de pediatría a lo largo de los meses de octubre del 2023 a febrero del 2024.

IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA

La vacunación es la intervención en salud más efectiva y rentable.

El profesional de enfermería de atención primaria tiene un papel trascendental en la vacunación e inmunización de la población mediante una captación activa, facilitando recomendaciones claras, coherentes, aportando confianza, utilizando una comunicación empática, bidireccional y promoviendo la retroalimentación.

Las vacunas no salvan vidas, salva vidas la vacunación.

LA MEJOR VACUNA ES LA QUE SE ADMINISTRA.

Palabras clave: Vacuna, gripe, niño, enfermera, atención primaria

Bibliografía:

¹ Miguel López-Gobernado, Alberto Pérez-Rubio, José María Eiros. Vacunación antigripal como medida más efectiva para hacer frente al impacto clínico y económico de la gripe. GaSanit vol.35 no.1 Barcelona ene./feb. 2021 Epub 22-Nov-2021

² José Luis Alonso Bilbao, Alejandro de Arriba Fernández, Alberto Espiñeira Francés, Antonio Cabeza Mora, Ángela Gutiérrez Pérez, Miguel Ángel Díaz Barreiros. Estudio epidemiológico sobre el impacto de la vacunación antigripal en la evolución clínica de pacientes con COVID-19 y la coinfección por ambos virus en Gran Canaria, España Rev Esp Quimioter. 2023; 36(2): 180–186

³ - Rosa S. Díaz-García , Amaya Sánchez-Gómez, María Alejandra López-Zambrano, María Dolores Esteban-Vasalloca, Soledad Cañellas Llabrés, María Ángeles Gutiérrez Rodríguez, María Dolores Lasher Carabajo .Cobertura y adherencia a la vacunación frente a la gripe en menores de 15 años con condiciones de riesgo en la Comunidad de Madrid. Anales de pediatría 98 (2023) 3-11

⁴ Francisco Miguel Escandell Rico, Lucia Pérez Fernández Eficacia y seguridad de la vacunación antigripal pediátrica: una revisión sistemática Revista Española de Quimioterapia doi:10.37201/req/101.2023

⁵ Fernando Bermúdez Arias. la influenza (gripe) y la vacuna antigripal RFM v.27 n.1 Caracas ene. 2004

⁶ Disponible en el Portal de Salud: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones>

Otros aspectos:

SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO EN PERSONAS PORTADORAS DE UROSTOMÍA. RESULTADOS PRELIMINARES

ID Comunicación: 259

Tipo de comunicación: Oral Breve

Rodríguez Castellano, P.; Hurtado Navarro, C. M.; Marin Máñez, C.; Simó Sanchis, R.; Marzal Rodríguez, L.

Objetivos:

Las complicaciones infecciosas se encuentran entre las más frecuentes tras la realización de una cistectomía radical (1,2). Realizamos este estudio con los siguientes objetivos:

Generales

1. Describir características de las personas a las que se les realizó una ostomía urológica en el Departamento de salud Valencia-Doctor Peset en el periodo de estudio.
2. Analizar la presencia de complicaciones infecciosas en estas personas y los factores relacionados.

Métodos:

Estudio observacional retrospectivo. Se analizaron los datos de personas a las que se les realizó una urostomía en el Hospital Universitario Doctor Peset (HUDP) desde el 1/01/2019 hasta 31/12/2020.

Los datos se obtuvieron a partir de la revisión de la historia clínica electrónica. Se recogieron datos hasta los 18 meses posteriores a la realización de la urostomía.

Variables estudiadas:

Variables relacionadas con características biológicas o socioculturales

- Edad
- Sexo
- Índice de masa corporal (IMC)
- Nivel de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), medida con el Índice de Barthel.
- Comorbilidades.
- Patología causante del estoma.
- Tipo de urostomía realizada
- Autonomía en el manejo del estoma al alta hospitalaria. El grado de autonomía se valora de la siguiente manera: Alta (totalmente independiente); Moderada (Necesita ayuda); Baja (totalmente dependiente)
- Vive solo (Si/No)

Variables relacionadas con Las complicaciones infecciosas:

- Número de complicaciones infecciosas.
- Número de episodios de sepsis.
- Número de episodios de shock séptico.
- Microorganismo/s causantes del episodio infeccioso.
- N.º de visitas a urgencias hospitalarias debido a una complicación infecciosa.
- N.º de reingresos hospitalarios por complicaciones infecciosas.

Las variables categóricas se describieron mediante frecuencia y porcentaje, y las diferencias entre grupos mediante el Chi-Cuadrado. En variables cuantitativas la descripción utilizó mediana y rango intercuartílico y para las diferencias entre grupos se usó la U de Mann-Whitney. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Resultados

Se analizaron 39 pacientes 30 hombres (76.9%) y 9 mujeres (23.1%). La mediana de edad en años fue de 72 (65–77) en hombres y 63 (60–67) en mujeres. El IMC fue de 26 (24–28). El 69,2% de la población estudiada era independiente para ABVD. El 16,7% (5) de los hombres y el 22% (2) de las mujeres vivían solos.

Las comorbilidades más frecuentes fueron la patología oncológica con 32 casos (82,1%), seguida de la hipertensión arterial con 20 (51%), y la EPOC con 11 (28.2%).

Sólo el 15.4% de los pacientes manifestaron tener una alta autonomía en el manejo del estoma al alta hospitalaria.

La cirugía fue programada en el 82.1% de los casos. Al 46.2% de los pacientes se les realizó una uroileostomía, ueretostomía al 33% y nefrostomía al 20.5%. La causa del estoma fue la neoplasia de vejiga y uropatía obstructiva (86,7% y 10% en hombres vs 33.3% y 22.2% en mujeres; $p < 0.05$).

29 (74.4%) personas tuvieron alguna complicación infecciosa, que provocó el ingreso hospitalario en 18 (46,2%) pacientes y que 27 (69,2%) acudieran a urgencias. 6 (el 20.7% de las personas con infección y el 15.4% del total de la población a estudio) sufrieron una sepsis, una de ella con shock séptico.

La complicación infecciosa se relacionó sexo masculino ($p=0.023$), vivir solo ($p=0.041$) y comorbilidades como diabetes, EPOC, HTA, ictus, la enfermedad psiquiátrica y la oncológica ($p < 0.05$). La sepsis en cambio no se relacionó con ninguna variable estudiada.

Los microorganismos más frecuentes en las infecciones fueron: *Escherichia Coli* (27,6%), *Enterococcus faecalis* (17,2%) y *Klebsiella pneumoniae* (13,8%). En 14,7% casos fueron multirresistentes a los antibióticos. En la sepsis predominó la *E. Coli* (50%), que en un caso fue multirresistente.

Discusión

El perfil de nuestros pacientes coincide con el de otros estudios, principalmente de sexo masculino y de edad avanzada, con patología oncológica. (3).

Las complicaciones infecciosas son muy frecuentes tras la realización de una urostomía, entre ellas predominan las infecciones de tracto urinario. La incidencia en nuestro estudio fue muy alta, aunque la comparación con otros estudios publicados es difícil, ya que existe en la literatura una gran variabilidad en cuanto al periodo postoperatorio estudiado, que puede variar entre 30 días y 2 años (2–5).

Algunos estudios relacionan la infección con la realización de neovejiga ortotópica (6), aunque en otros esta relación no ha sido demostrada (5). En nuestro estudio no hay pacientes con neovejiga, y no se relaciona la aparición de la infección con la técnica utilizada. Sin embargo, no hemos encontrado estudios que relacionen en vivir solo con la infección urinaria tras la urostomía, como aparece reflejado en nuestro estudio. El hecho de que los pacientes presenten una baja o moderada autonomía en el manejo del estoma puede influir en esto, ya que el vivir solo condiciona el no tener ayuda para realizar el cuidado y manejo del estoma, y puede dificultar la higiene con que se realiza. Debería estudiarse más profundamente las variables sociales, sanitarias y culturales que puedan explicar esta asociación, también con una perspectiva cualitativa.

Los microorganismos causantes de las infecciones fueron *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Enterococcus faecalis*, en ocasiones multirresistentes a antibióticos, coincidiendo con los resultados de otros estudios (2,7).

La incidencia de sepsis en nuestro estudio es elevada. Algunos estudios muestran cifras inferiores (4), aunque recogen datos solo 30 días tras la intervención. Nuestro estudio analiza un periodo muy superior, de 18 meses. Aun así, estudios como el de Nabavzadeh et al, muestran cifras similares a los 30 días (8).

El porcentaje de pacientes que ingresan por una causa infecciosa en nuestro estudio es elevado. Otros estudios muestran cifras algo menores, pero de nuevo el periodo de estudio es más corto que en el nuestro, de 90 días. En nuestro estudio recogemos todos los ingresos hospitalarios del paciente en los 18 meses siguientes a la intervención.

Por otra parte, analizamos las visitas a urgencias que los pacientes realizan debido a una causa infecciosa, también con cifras muy elevadas. Esto es importante por los recursos y el gasto que genera al sistema sanitario. No hemos encontrado

estudios con los que comparar estos datos.

Son necesarios otros estudios prospectivos, retrospectivos con mayor tamaño muestral, que permitan identificar factores de riesgo de procesos infecciosos tras la realización de una ostomía urológica. Asimismo, convendría realizar estudios cualitativos, que muestren las vivencias y el proceso de adaptación de las personas urostomizadas.

Todo ello contribuirá al diseño de programas asistenciales específicos y personalizados para la prevención de las infecciones urinarias y la sepsis en personas urostomizadas.

Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio es su reducido tamaño muestral, que resta potencia estadística para relacionar la sepsis con características de la cirugía o los pacientes.

Por otra parte, el tratarse de un estudio retrospectivo hace que en ocasiones los datos no se encuentran registrados en la historia clínica, o que exista variabilidad no deseada en el registro de estos.

Aspectos éticos

El estudio obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación y medicamentos (CEIM) del Departamento de salud Valencia Doctor Peset el 29/03/2022.

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses y no haber utilizado inteligencia artificial generativa para la redacción de este texto.

Palabras clave: urostomía, sepsis, infección urinaria, neoplasia vesical

Bibliografía:

- ¹ Rodríguez Faba O, Parada Moreno R, Malca L, Palomino Martínez A, Nervo N, Breda A, et al. Manejo postoperatorio de cistectomía radical. Revisión de la evidencia sobre la prevención y el tratamiento de las complicaciones urológicas. Vol. 42, *Actas Urológicas Españolas*. Elsevier Ltd; 2018. p. 143–51.
- ² Droste LR, Ratliff CR. Characteristics of Urinary Tract Infections and the Use of Cranberry Products in Patients With Urinary Diversions: A Narrative Review. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2024;51(3):206–11.
- ³ Gayarre Abril P, Subirá Ríos J, Muñiz Suárez L, Murillo Pérez C, Ramírez Fabián M, Hijazo Conejos JI, et al. Urinary tract infection as the main cause of admission in cystectomized patients. *Actas Urol Esp*. 2021;45(4):247–56.
- ⁴ Chua KJ, Patel H V., Srivastava A, Doppalapudi SK, Lichtbroun B, Patel N, et al. Annual trends of cystectomy complications: A contemporary analysis of the NSQIP database. *Urol Oncol Semin Orig Investig*. 2023;41(9):390.e19-390.e26.
- ⁵ Clifford TG, Katebian B, Van Horn CM, Bazargani ST, Cai J, Miranda G, et al. Urinary tract infections following radical cystectomy and urinary diversion: a review of 1133 patients. *World J Urol*. 2018 May 1;36(5):775–81.
- ⁶ Ross JPJ, Breau RH, Vigil H, Hickling DR, Angel JB, Mallick R, et al. Association between radical cystectomy prophylactic antimicrobial regimen and postoperative infection. *Can Urol Assoc J*. 2021 Jun 1;15(12):E644.
- ⁷ . Mano R, Goldberg H, Stabholz Y, Hazan D, Margel D, Kedar D, et al. Urinary Tract Infections After Urinary Diversion—Different Occurrence Patterns in Patients With Ileal Conduit and Orthotopic Neobladder. *Urology*. 2018 Jun 1;116:87–92.
- ⁸ Nabavizadeh R, Rodrigues Pessoa R, Dumbrava MG, Packiam VT, Thapa P, Tarrell R, et al. Cutaneous Ureterostomy Following Radical Cystectomy for Bladder Cancer: A Contemporary Series. *Urology [Internet]*. 2023;181:162–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2023.08.018>

Otros aspectos:

Evaluación de la calidad de las dietas en un hospital público de referencia

ID Comunicación: 273

Tipo de comunicación: Oral Breve

Oueld Chaib Agharoud, F.; Ortiz-Saez, P.; Orts-Cortés, M. I.; Amrani, R.; Castillo García, T.; Trescastro López, E. M

Introducción. La alimentación en hospitales es vital para la salud y bienestar de los pacientes, especialmente los adultos mayores¹. La calidad nutricional y la presentación gastronómica son cruciales para estimular el apetito y promover una ingesta adecuada de nutrientes².

Objetivos. Analizar la calidad de las dietas implementadas desde el punto de vista de adherencia a la dieta mediterránea (DM) y a la Calidad Gastronómica en un hospital de referencia de la Comunidad Valenciana a pacientes hospitalizados de 65 años o más.

Métodos. Estudio observacional transversal realizado en un hospital de referencia de la Comunidad Valenciana. La recogida de datos se realizó del 11 al 15 de marzo de 2024. Para analizar la adherencia a la dieta mediterránea (DM) se utilizó el Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea del Estudio PREDIMED³ (valores entre 0 y 14); a partir de una revisión de la literatura, se elaboró el Cuestionario de Calidad Gastronómica Ad Hoc para realizar el análisis gastronómico del servicio, que evalúa la frescura de los ingredientes, diversidad de platos, creatividad, presentación, sostenibilidad, trazabilidad y satisfacción del paciente, entre otros (valores entre 0 y 15).

Resultados. Se realizó una selección de 13 dietas. Adherencia DM: la dieta vegana-vegetariana estricta obtuvo una puntuación de 7 indicando baja adherencia a la DM. La dieta basal, sin lactosa, blanda, blanda diabética, disfagia, disfagia diabética, disfagia astringente, bol único enriquecido, fácil masticación, inmunodeprimidos y sin gluten obtuvieron una puntuación entre 9 y 11, lo que indica una adherencia media a la DM. La dieta rica en fibra presentó una puntuación de 12 lo que sugiere una alta adherencia. En cuanto a las raciones recomendadas de los principales grupos de alimentos, solo la dieta basal cumple con el consumo diario de 3 piezas de fruta o más al día y 3 raciones de legumbres a la semana. Todas las dietas cumplen las recomendaciones de consumo de carnes magras y de pescados y mariscos semanales, excepto la dieta vegana-vegetariana estricta y la de disfagia con bol único enriquecido, que no cumple la de pescados y mariscos.

En relación a la calidad gastronómica se obtuvieron un total de 11 puntos sobre una escala máxima de 15 puntos. Esto indica que se cumplen la mayoría de los criterios evaluados relacionados con el análisis gastronómico del servicio.

Discusión. Los resultados revelan una variabilidad en la adherencia a la DM, que sugiere la necesidad de revisar las dietas para aumentar su adherencia⁴. Un punto débil es la escasa presencia de legumbres, una de las causas del insuficiente aporte de fibra en la dieta española, especialmente en personas mayores⁵. Se cumplen las recomendaciones de pescados, mariscos y carnes magras, lo que ayuda a disminuir el contenido de grasa y colesterol de los menús y permite incorporar opciones con un mejor perfil nutricional. En cuanto a la calidad gastronómica, aunque se destacan aspectos positivos, como el uso de ingredientes frescos y locales y la oferta de opciones dietéticas especiales, se identifican deficiencias en la presentación y textura de los platos. Mejorar estas áreas podría elevar la calidad general de la alimentación hospitalaria y contribuir al bienestar de los pacientes.

Palabras clave: Dieta Mediterránea; Servicio de Alimentación en Hospital; Calidad Gastronómica; Alimentación.

Bibliografía:

¹ Beck AM, Balknäs UN, Fürst P, Hasunen K, Jones L, Keller U, et al. Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition - Report and guidelines from the Council of Europe. *Clin Nutr* 2001;20:455-460

² Garriga M, Ruiz de las Heras A. Dietética hospitalaria y gastronomía saludable. *Nutr Hosp*. 2018; 35(4):140-145

³ Martínez-González MA, García-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvadó J, Buil-Cosiales P, Corella D, et al. A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: The PREDIMED Trial. *PLoS ONE*, 7 (2012): e43134

⁴ Boudy Hernández, LE. Valoración de dietas hospitalarias y propuestas de mejora [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2021.

⁵ Caballero FF, Ballesteros JM, García-Esquinas E, Struijk EA, Ortolá R, Rodríguez-Artalejo F, et al. Are legume-based recipes an appropriate source of nutrients for healthy ageing? A prospective cohort study. *Br J Nutr*. 2020 Nov 14;124(9):943-951.

Otros aspectos:

TEORÍA DEL COMPORTAMIENTO PLANIFICADO Y ADHESIÓN DE LOS ENFERMEROS A LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR: UN ESTUDIO EN CURSO

ID Comunicación: 238

Tipo de comunicación: Oral Breve

Bastos, C.; Campos, P.; Mendes, F.; Neto, J.

^aCINTESIS@RISE, Nursing School of Porto (ESEP), Porto, Portugal

^bCentro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

Introducción: Las precauciones estándar son medidas esenciales en la prevención de la infección, que deben implementarse en todas las situaciones de la práctica clínica y no solo en la atención de pacientes con infección sospechada o diagnosticada. Múltiples factores están asociados con la baja adherencia de los profesionales de la salud a las precauciones estándar, principalmente factores organizacionales e individuales¹. La Teoría del Comportamiento Planificado ampliamente utilizada en el estudio del cambio de comportamiento², puede facilitar la identificación de los determinantes sociocognitivos de la adherencia a las precauciones estándar.

Objetivos: Evaluar los determinantes sociocognitivos de la adhesión de los enfermeros a las precauciones estándar; estudiar la asociación entre actitudes, normas subjetivas, control percibido e intención de adhesión a las precauciones estándar.

Métodos: Estudio transversal y exploratorio, aprobado por el Comité de Ética del hospital. Se constituyó una muestra por conveniencia de 34 enfermeros de un departamento de pediatría, con edad media de 39 años (SD=7,5) y si ha recabado el consentimiento informado de los participantes. Los datos se recogieron mediante un cuestionario adaptado del Standard Precautions Questionnaire¹, autorizado por los autores. El cuestionario consta de 24 ítems, en una escala de cinco puntos, subdivididos en siete dimensiones (actitudes, influencia social, facilitadores organizativos, ejemplo de otros, limitaciones organizativas e individuales e, intención de adhesión), que reflejan las variables de la Teoría del Comportamiento Planificado de Ajzen².

Resultados: El Alfa de Cronbach del instrumento fue de 0,82 para los 24 ítems y el valor de las subescalas osciló entre 0,66 y 0,90. Los valores medios obtenidos en las distintas dimensiones oscilaron entre 3,40 (SD=0,96) para la dimensión «restricciones individuales» y 4,70 (SD=0,55) para la dimensión «actitudes». En el estudio de la asociación entre las variables, encontramos valores de correlación de Pearson positivos y estadísticamente significativos entre «influencia social» y «facilitadores organizativos» ($r=4,20$; $p=0,013$), y lo mismo ocurrió entre «restricciones organizativas» y «restricciones individuales» ($r=0,48$; $p=0,04$). La «intención» de adhesión a las precauciones estándar no se correlacionó significativamente con otras dimensiones.

Discusión: Las precauciones estándar son un conjunto de medidas esenciales para la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, aplicables a todos los contextos clínicos³, en las que se puede intervenir para mejorar la adhesión⁴. Además de los conocimientos, las variables sociocognitivas se asocian a una baja adhesión a estas medidas⁵. Según la Teoría del Comportamiento Planificado de Ajzen², la intención que subyace a un comportamiento es influenciada por las actitudes, la percepción de las normas subjetivas y la percepción de control sobre el comportamiento. La Teoría del Comportamiento Planificado ya se aplicó al estudio de la adhesión a las PE¹ cuyos resultados son comparables con el presente estudio. En términos psicométricos, el valor de consistencia interna es similar en los dos estudios y los valores medios obtenidos en las diferentes dimensiones en nuestro estudio fueron superiores en conjunto a los valores obtenidos en el estudio original. Sin embargo, los investigadores reunieron una muestra más diversificada de diferentes contextos asistenciales, mientras nuestro estudio se centró únicamente en enfermeros en contexto pediátrico. La «intención» de adhesión a las precauciones estándar no se correlacionó significativamente con las otras dimensiones, contrariamente a lo que generalmente los estudios han informado. A pesar de los resultados de asociación menos robustos, explicados por la reducida muestra, creemos que importa continuar la investigación y en el futuro estudiar la asociación entre las variables sociocognitivas y el conocimiento de los enfermeros en una muestra más amplia, con vista a apoyar el diseño de una estrategia de intervención para promover la adhesión a las precauciones estándar en este contexto.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses y que no han utilizado inteligencia artificial generativa, ni tecnologías asistidas por inteligencia artificial en el proceso de redacción.

Funding: Este trabajo está financiado por fondos nacionales a través de FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., en el ámbito del proyecto “RISE – LA/P/0053/2020”.

Palabras clave: Precauciones Estándar; Determinantes sociocognitivos; Teoría del Comportamiento Planificado; Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.

Bibliografía:

- ¹Michinov, E., Buffet-Bataillon, S., Chudy, C., Constant, A., Merle, V., & Astagneau, P. (2016). Sociocognitive determinants of self-reported compliance with standard precautions: Development and preliminary testing of a questionnaire with French health care workers. *American Journal of Infection Control*, 44(1), 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.07.041>
- ²Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 50 (2), 179 – 211.
- ³Siegel, J., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2023). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings - Last update: July 2023. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
- ⁴Moralejo, D., El Dib, R., Prata, R. A., Barretti, P., & Corrêa, I. (2018). Improving adherence to Standard Precautions for the control of health care-associated infections. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD010768. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010768.pub2>
- ⁵Cunha, Q., Camponogara, S., Freitas, E., Pinno, C., Dias, G., Cesar, M. (2017). Fatores que interferem na adesão às precauções padrão por profissionais da saúde: revisão integrativa. *Enferm Foco [Internet]*, 8(1),72-6. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/980/358>
- ² Ajzen, I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior & Human Decision Processes*. 2016; 50 (2):179-211.
- ³ Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. 2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. *American Journal of Infection Control [Internet]*. 2007 Dec 3 [cited 2024 Jun 2];35(10):S65-164. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=105987570&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- ⁴ Moralejo D, El Dib R, Prata RA, Barretti P, Corrêa I. Improving adherence to Standard Precautions for the control of health care-associated infections. *The Cochrane database of systematic reviews [Internet]*. 2018 Feb 26 [cited 2024 Jun 2];2:CD010768. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=mdc&AN=29481693&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- ⁵ Boeira da Cunha Q, Camponogara S, de Oliveira Freitas E, Pinno C, Dias GL, Pellegrini Cesar M. Fatores Que Interferem Na Adesão Às Precauções Padrão Por Profissionais Da Saúde: Revisão Integrativa. *Enfermagem em Foco [Internet]*. 2017 Jan [cited 2024 Jun 2];8(1):72–6. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=122568368&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Otros aspectos:

Uncover families' strengths: From nurses' perceptions to families' self-perception. A cross-sectional qualitative study.

ID Comunicación: 437

Tipo de comunicación: Oral Breve virtual

Gouveia, M. D. C. L. V.; Sveinbjarnardottir, E. K.; Pereira Henriques, M. A.

Depression is one of the most serious and disabling public health problems in developed countries. It may be severe, persistent, or recurrent, causing severe disability (Gudjonsson et al., 2020; WHO, 2021) and imposing high levels of stress and anxiety (Gudjonsson et al., 2020) and heavy burdens on families (Almeida, 2018; WHO, 2021). These periods of imbalance, marked by short or long transition processes, require the attention and care of nurses at different stages and critical points of these processes (Meleis & Trangenstein, 2010). Nurses care for individuals, families and communities that are experiencing changes that trigger new roles and loss of networks and support systems (Chesla, 2010; Sveinbjarnardottir & Svavarsdottir, 2019). Nurses identify families' illness beliefs, challenge constraining beliefs and reinforce facilitating beliefs (Bell & Wright, 2015; Wright & Bell, 2021); soften individuals' and families' suffering (Bell & Wright, 2015; Wright, 2017); and uncover, discover and develop families' strengths (Gottlieb, 2016; Gottlieb & Gottlieb, 2017; Wright & Leahey, 2013). Family-centered care is an evidence-based practice based on family involvement, knowledge exchange and partnership. It emphasizes the relationships and the empowerment and recognizes the family strengths and interconnections on the basis that the family plays a fundamental role in promoting the health and well-being of its members, as well as supporting them in situations of illness (Gottlieb, 2016; Wright & Bell, 2021; Wright & Leahey, 2013). The philosophy of family-centered care assumes that all people have strengths and abilities, as well as the capacity to become more competent, and that by building on strengths rather than correcting weaknesses, the likelihood of people becoming stronger is optimized (Gottlieb, 2016; Gottlieb & Gottlieb, 2017; Wright & Leahey, 2013). Nurses whose practice are strengths based, seek for family's capacities, competencies, and skills that might help the recovery, survival, growing, and thriving of these families (Gottlieb, 2014, 2016). Strengths are inner characteristics, virtues and external relationships, activities and connections to resources that contribute to resilience and core competencies. According to Gottlieb (2014, p. 24), inner and outer strengths are "what patients and families do that best helps them to deal with problems and minimize deficits".

OBJECTIVES To identify nurses' perception of families' strengths, in families affected by depression. To identify families' perception of their strengths, in families with a recent experience of depression.

METHODS An exploratory cross-sectional study, with a qualitative approach, was developed in two phases. At phase one (Study I), thirteen mental health nurses took part in the study. Data were collected through focus group technique, using a semi-structured group interview. At phase two (Study II), one hundred and twenty-four participants, including patients and family members, coming from fifty-six families with a recent experience of depression, answered a semi-structured interview. All the participants, nurses and family members, joined voluntarily to the study after signing an informed consent document. After transcribing the recorded information, all data were analysed through content analysis technique, using a constant comparative analysis approach with QRS NVivo 13 software.

RESULTS Study I From the analysis of nurses' discourse, two categories have emerged: External family resources and Internal family resources. External family resources, refer to the Family economic condition, Mutual aid capacity, the Neighbor's involvement and participation, the Use of community resources and the Availability of social support in medication. According to nurses' perceptions, the Internal family resources include family members Cognitive ability, Educational level, Health literacy, Family presence and protection, Family members proximity, Family emotional communication, Family understanding of the disease and the Adherence to drug therapy.

Study II The content was analysed based on the transcription of the families' verbatim, identifying the following categories: External family resources and Internal family resources, which describe the beliefs of family members about the strengths recognized, mobilized and uncovered in and by the family, related to the experience of illness (depression). Family external resources, represent the influence of the family external environment protective strengths, in facing family members illness. This category includes the following sub-categories: Health professionals, Health institutions, Social institutions, Social relationships, Economic resources, Work and School, Easy access to health care, Complementary therapies, Drug therapy and Internet. Families emphasize the technical competence and support of health professionals, including general care nurses, mental health nurses, family doctors, psychologists and psychiatrists. They say they have support from health institutions and go to the health center, the general hospital and the psychiatric hospital when necessary. They also enjoy the support of multiple social institutions, namely social security, the fire department, the holy house of mercy, the day care center, the people's house and the public security police. Social relationships with the external environment are considered family strengths, representing the support of friends, the support of neighbors and the social recognition of the family by the community.

Families recognize economic capacity and economic stability as family strengths that are essential for meeting the needs of all family members and promoting their comfort. They also mention that it is very important for them to be employed, to enjoy their work and to go to school. These are protective strengths, that help them maintain stability and cope with the conditions associated with their member's health problem. Because they have health professionals in their family, some families say that they find it much easier to access health care. Families also mention that they find complementary therapies such as meditation, relaxation and acupuncture to be protective strengths, which have therapeutic potential to promote their members' well-being and quality of life. Families also valued drug therapy, which is considered to be an external family strength that improves and keeps stable their family member's clinical condition, and the internet, which is mentioned as an important resource for accessing significant health information. According to families, Internal family resources highlight the intrinsic strengths recognised, mobilised and uncovered with and by the family to deal with their member's health problem. This category includes Positive attitude, Cognitive ability, Family cohesion, Family communication, Family coping, Role performance, Vital energy, Family instrumental functioning, Motivation, Family rituals, Family belief system and Family support. Families report that they have positive thoughts, hope, optimism and satisfaction with life, which nurture a positive attitude imbued with compassion, empathy and respect for their depressed member. They value the importance of cognitive ability, namely intelligence and health literacy, as well as their sick member's ability to be critical of the illness. Families also point to family cohesion, which includes emotional bonds involving love and affection, feelings of belonging and family's unity, as a crucial family strength for maintaining balance and promoting the well-being and integral functioning of the family. Family communication, also pointed out as an important family strength, presents itself as an open and increased communication in situations of illness. It is also assertive being used by family members to help their relative co-operate in their recovery process, and emotional, when expresses family members' love, affection and attention. Family coping encompasses different forms of adjustment to the illness used and mentioned by families. It manifests itself through, the acceptance of the illness, the adherence to drug therapy, the emotional self-control, the ability to accept help and constructive criticism, the ability to control the illness, the ability to seek help and solve problems, the mobilisation of adaptation mechanisms, and the family rationality and resilience. Among other strengths, families also mentioned the role performance as caregiver and parent, the family members vital energy and the ability to manage finances and organize and clean the home. Families' motivation in terms of commitment to work, motivation to learn and progress and the existence of goals and meaning in life, as well as family rituals, are considered very powerful strengths in protecting the family. Families point out that the family's belief system, namely the art of healing, spirituality, faith, religion and family values, have a significant protective effect on the health and well-being of its members. They also refer to the role of family support, in accompanying and providing cognitive, emotional, instrumental and financial support to family members. DISCUSSION Nurses perceive significant family strengths, emphasising cognitive capacity, health literacy, emotional involvement, economic capacity and social support as main family strengths that promote balance and well-being. Nurses emphasize the need to develop families' strengths and to empower families with knowledge and experiences, that enable them to improve their level of functioning and self-control, deal with new situations, demands and relationships, manage their problems and mobilise their internal and external resources. They denote a macro view of families' strengths which includes internal strengths such as cognitive ability, family support and emotional communication, and external strengths, which reside in the surrounding community and especially involve the family's economic condition, the availability of community resources and the neighbours' social support. Despite nurses' more general overview, it can be seen, that nurses' and families' have a coincident perception about families' internal and external strengths. Interestingly, nurses do not identify themselves as a families' strength, although they are identified by the families as a relevant extern strength. Families significantly emphasize their internal resources, indicating that, for the most part, the resources needed to deal with the illness and change, are within themselves. Families perceive love and affection, as predominant family strengths. They also emphasise, family cohesion, family bounds, family support, problem solving abilities, communication skills, ability to seek help, fighting spirit, spirituality and health professionals, as important family strengths that help them to recover and properly support their ill family members. The results of this study contributed to the modelling of an intervention for families with a recent experience of depression in their members, considering that to involve families collaboratively in the care of their members, in addition to listening to their concerns, needs and questions and understanding their problems, it is essential to recognize the strengths, expertise and contributions of family members. The results provide tips for future intervention with families affected by a relative's depression and reinforce the need for nurses to recognize, uncover and reinforce families' strengths, as a family-centered therapeutic intervention that will enable families to be agents of their own healing and change. i. Ethical approval: Madeira Regional Health Service's Ethics Committee (Nº 51/2014) ii. No conflict of interest iii. No use of artificial intelligence iv. Funding: First author supported by FCT – Foundation for Science and Technology – PhD Grant Nº SFRH/BD/113061/2015.

Palabras clave: Family centered care; Family nursing; Family strengths; Depression.

Bibliografía:

- ¹ Wright, L. M., & Leahey, M. Nurses and families. A guide to family assessment and intervention. 6th ed. Philadelphia: Davis Company. 2013
- ² Gudjonsson, S. O., Sveinbjarnardottir, E. K., & Arnardottir, R. H. Recovery of patients with severe depression in inpatient rural psychiatry. a descriptive clinical study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2020. 74(6). 407-414. Available from <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1733659>
- ³ Gottlieb, L. N. O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças. Saúde e Cura para a Pessoa e a Família. 1ª ed. Loures: Lusodidacta; 2016
- ⁴ Gottlieb, L. N. & Gottlieb, B. (2017). GoStrengths-based nursing: A process for implementing a philosophy into practice. *Journal of Family Nursing*, 23(3), 319-340. <https://doi.org/10.1177/1074840717717731>
- ⁵ Chesla, C. A. (2010). Do family interventions improve health? *Journal of Family Nursing*, 16(4), 355-377. <https://doi.org/10.1177/1074840710383145>
- ⁶ Gottlieb, L.N. (2014). Strengths-Based Nursing. *American Journal of Nursing*, 114 (8), 24-32. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000453039.70629.e2>
- ⁷ Sveinbjarnardottir, E. K. & Svavarsdottir, E. K. (2019). Drawing forward family strengths in short therapeutic conversations from a psychiatric nursing perspective. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 126-132. <https://doi.org/10.1111/ppc.12329>
- ⁸ Wright, L. M., & Bell, J. M. (2021). *Illness beliefs: The heart of healing in families and individuals* (3rd ed.). 4th Floor Press.
- ⁹ Bell, J. M. & Wright, L. M. (2015) The illness beliefs model: Advancing practice knowledge about illness beliefs, family healing, and family interventions. *Journal of family nursing*, 21(2), 179-185. <https://doi.org/10.1177/1074840715586889>
- ¹⁰ Wright, L. M. (2017). *Suffering and spirituality: The path to illness healing*. 4th Floor Press.
- ¹¹ Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. In A. I. Meleis, *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 65-72). Springer Publishing Co.
- ¹² World Health Organization. (2021, September 13). Depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- ¹³ Almeida, J. M. C. (2018). A saúde mental dos portugueses.[The Portuguese's mental health]. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Otros aspectos:

POSTERS DE ESTUDIANTES DE GRADO

Delirium en el adulto mayor hospitalizado: intervenciones no farmacológicas de enfermería

ID Comunicación: 184
Tipo de comunicación: Póster

ROPERO SÁNCHEZ, L.

Objetivo. Analizar la evidencia científica disponible sobre las intervenciones no farmacológicas más efectivas llevadas a cabo por enfermería en el manejo del delirium en el adulto mayor hospitalizado.

Métodos. Se realizó una revisión bibliográfica guiada por la pregunta PICO: ¿Cuáles son las intervenciones no farmacológicas más efectivas en el manejo del delirium en el adulto mayor hospitalizado? Las bases de datos consultadas fueron Dialnet, PubMed, LILACS, Cuiden y BVS. Los criterios de inclusión fueron: publicación en los últimos 10 años, idioma inglés o español y población de adultos mayores hospitalizados. Los criterios de exclusión fueron: no disponible texto completo y acceso de pago. Se obtuvieron 439 artículos, 15 fueron incluidos finalmente en la revisión. La calidad de dichos artículos se evaluó mediante la escala CASPe.

Resultados. El delirium puede ser reversible en el 50% de los casos. Las intervenciones no farmacológicas como primera línea de actuación abarcan dos aspectos importantes: prevención y tratamiento no farmacológico. La primera consiste en actuar sobre los factores de riesgo que desencadenan el síndrome, poniendo en marcha estrategias multicomponente (reorientación, corrección de déficits sensoriales, higiene del sueño, movilización temprana, manejo de nutrición e hidratación, integración de familia y/o cuidadores, musicoterapia, prevención de caídas y HELP). La segunda se basa en controlar los síntomas una vez instaurado el delirium. Todas las estrategias mencionadas pueden ser lideradas por enfermería, resultando efectivas en la mayoría de los casos.

Discusión. Las estrategias no farmacológicas multicomponente han demostrado ser efectivas en la prevención del delirium o síndrome confusional agudo y la enfermera tiene un rol privilegiado para implementarlas. Esta implementación requiere de un equipo de enfermería formado en el tema, que lidere la elaboración de protocolos y la estandarización de los cuidados. Sin embargo, son necesarios más estudios que avalen la efectividad de intervenciones no farmacológicas aplicadas tras la instauración del síndrome.

Conclusiones. Es fundamental establecer protocolos de detección y actuación ante el delirium, en los que enfermería tenga un papel más activo. La implementación de estrategias no farmacológicas favorece la reducción del síndrome en el adulto mayor hospitalizado.

Bibliografía:

1. Kukreja D, Günther U, Popp J. Delirium in the elderly: Current problems with increasing geriatric age. *Indian J Med Res.* 2015;142(6):655.
2. Lafarga Molina L, Casanovas Marsal JO, González de la Cuesta D. Estudio cuasi-experimental sobre intervenciones enfermeras en la valoración, manejo y prevención del síndrome confusional agudo. *Rev Esp Salud Publica.* 2023;97.
3. Hshieh TT, Yang T, Gartaganis SL, Yue J, Inouye SK. Hospital Elder Life Program: Systematic Review and Meta-analysis of Effectiveness. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. octubre de 2018;26(10):1015-33. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1064748118303737>
4. Oliveira C, Garnacho Martins Nobre CF, Dourado Marques RM, Madureira Lebre Mendes MM, Cruz Pontífice Sousa P. The nurse's role in preventing Delirium in critically ill adult/elderly patients. *Rev Cuid.* 23 de junio de 2022;
5. Plaza Carmona M. Cuidados enfermeros en el síndrome confusional agudo en pacientes con fractura de cadera. *Fund la Enfermería Cantab.* 2020;
6. Melguizo-Herrera E, Acosta-López A, Gómez-Palencia IP, Manrique-Anaya Y, Hueso-Montoro C. The Design and validation of a Nursing Plan for Elderly Patients with Postoperative Delirium. *Int J Environ Res Public Health.* 15 de noviembre de 2019;16(22):4504.
7. Pao Mola Bento MS, Dourado Marqués RM, Pontífice Sousa P. Delirium: intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado -

una revisión bibliográfica. Rev electrónica Trimest enfermería. 2018;52.

8. Chinchilla Moliner L, Navas Monzón M, Anton Esteban E, Pascual Macaya A, Pedraza García I, Royo Caballero MB. A propósito de un caso: plan de cuidados en paciente con síndrome confusional agudo. Rev Sanit Investig. 2024;
9. Da Silva Kinalski S, Beuter M, Raquel RBE, Tambara Leite M, Venturini L, Brandão Gomes MA. Nursing microtheory in the prevention of delirium in older adult in the intensive care unit. Rev Lat Am Enfermagem. diciembre de 2023;31.
- 10 Tobar E, Alvarez E. DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. enero de 2020;31(1):28-35. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S071686401930114210> Tobar E, Alvarez E. DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. enero de 2020;31(1):28-35. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864019301142>

PÓSTERS

Estrategias para evaluar la implantación de la guía de Accesos Vasculares en hospitalización

ID Comunicación: 332
Tipo de comunicación: Póster

Martin Vaquero, Y; Pérez Rodríguez, L.; Lozano Lozano, A.B.; Baez Marín, A.B.; Gómez González, I.; Marino Marino, A.B.; Rodríguez Bailón, R.; Miguel Teijeiro, P.; García Díez, M.R.

Los accesos venosos suponen en la hospitalización un procedimiento esencial en la atención sanitaria. La variabilidad en la práctica clínica puede causar complicaciones como flebitis, obstrucciones, infiltraciones. Esto disminuye la seguridad del paciente y repercute en la calidad de la asistencia prestada. En análisis de la institución de los diferentes grupos de trabajo, comisiones se había detectado una diversidad en los materiales disponibles, practica no unificada lo que estaba generando diferentes cuidados en los pacientes.

En la Gerencia desde diciembre de 2022 se está implantando la guía de buenas prácticas de RNAO®: “Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones”. Como gerencia única del área de salud implica que dicha guía es preciso implantarla durante todo el periodo de candidatura en toda la institución. En todas las unidades de hospitalización de los tres hospitales, servicios centrales (hospital de día, consultas, quirófano, reanimación, consultas...) y en los 22 centros de salud que tiene en Atención primaria urbanos, semiurbanos y rurales con una gran dispersión geográfica.

La historia clínica esta informatizada pero no se dispone de un registro único por paciente que facilite la continuidad de cuidados. En atención hospitalaria se dispone del Aplicativo GACELA CARE® donde se realiza el registro de todo tipo de accesos periféricos y centrales. En atención primaria el registro se realiza en la aplicación MEDORA®.

Al inicio de la implantación en 2022 no se disponen de indicadores de evaluación. Una vez disponibles los indicadores se inicia con el posterior envío a la plataforma CAREVID®.

Esta guía proporciona a los profesionales de enfermería un recurso basado en la evidencia con recomendaciones para estandarizar los cuidados.

Objetivos:

Comparar los resultados obtenidos con la metodología BPSO® de evaluación de implantación mediante registros frente auditorías por observación directa.

Identificar áreas de mejora y debilidades encontradas.

Metodología:

Estudio descriptivo observacional prospectivo. La muestra son los pacientes adultos dados de alta de 7 unidades de hospitalización médica de tres hospitales siguiendo la metodología BPSO® en el mes de diciembre de 2023 comparado con noviembre de 2022 (medición preimplantación). Los datos se recogen de la Historia clínica del paciente, de los registros del aplicativo de cuidados de enfermería Gacela Care®, es realizada por el equipo evaluador ajeno a las unidades estudiadas. Se recogen indicadores de cada catéter insertado.

Ante la ausencia de indicadores se realizaron auditorias por el grupo de trabajo de “Accesos Vasculares” recogiendo las mismas variables.

Variables a estudio: Valoración sistemática previa a la inserción, revisión diaria del acceso venoso, utilización de equipamiento estandarizado, dispositivo de fijación según protocolo y valoración de la permeabilidad tras la inserción. Se realiza un análisis descriptivo de las variables.

Resultados:

Cada paciente es portador de varios catéteres durante el ingreso hospitalario, se visualiza que al agrupar los resultados de los indicadores por paciente disminuye el nivel de cumplimiento al no dar por conseguido si en alguno de los catéteres no es correcto.

Comparando los meses de noviembre de 2022 con diciembre de 2023, según evaluación por catéter sobre los registros en Historia clínica: valoración sistemática 6,39%–19,80%, revisión diaria 13,03% –71,05%, equipamiento estandarizado 6,88%– 39,55%, dispositivo fijación 21,47%–45,95% y valoración de la permeabilidad 23,36%–42,95%

Según con los datos obtenidos de las auditorias en noviembre 2022 equipamiento estandarizado 97% frente al 6.88% registrado y dispositivo fijación 99% vs 21,47%. En diciembre de 2023 equipamiento estandarizado 95% vs 39,55% y dispositivo fijación 96% vs 45,95%.

Conclusiones:

Se observa la mejora de los resultados por catéter insertado, progresando el nivel de cumplimiento en el registro de las buenas prácticas implantadas. Son resultados por catéter. En las auditorias se mantienen resultados obtenidos. Los resultados obtenidos de los indicadores de la auditoría son superiores a los recogidos de la historia clínica. Los registros no reflejan la realidad de los cuidados aplicados a los pacientes. Es preciso mejorar su cumplimentación. La evaluación de esta guía por paciente no refleja la realidad de las buenas prácticas implantadas. Esto obliga a seguir realizando auditorías y cortes por catéter para dar feed-back con los resultados a las Unidades de implantación. Modificar la evaluación facilitaría visualizar la progresión de la implantación. La evaluación de esta guía conlleva importante consumo de recursos humanos. Será preciso avanzar en la explotación de los datos.

Bibliografía:

- 1 Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Vascular Access [Internet]. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO; 2021 [citado 2 de junio de 2024]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/AccesoVascular_2021.pdf
- 2 Aizpuru Martínez A, Armenteros Yeguas V, Cabrerizo Chocero ML, Cidoncha Moreno MA, del Río Pisabarro C, Díez Ayestarán Eva et al. Impairment: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr. 2022;22(1):1–11
- 3 O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2011 [internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2011, actualizado en 2017 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/bsi-guidelines-H.pdf>
- 4 Enríquez de Luna Rodríguez M, Barroso Gutiérrez C, Cuadros Gómez MJ, Fontalba Díaz F, Gavira Albiach P, Jiménez Fernández S, et al. Guía fase para la prevención de infecciones asociadas al uso de dispositivos venosos [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud; 2017 [citado 2 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/guia_fase_dispositivos_venosos.pdf

POSTERS JORNADA DE DOCTORANDOS

CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES MAYORES EN EL ÁMBITO RURAL

ID Comunicación: 28

Tipo de comunicación: Jornada Doctorandos – Póster

López Navarro, M. J.

CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES MAYORES EN EL ÁMBITO RURAL.

Autor: López-Navarro MJ.

Enfermera Area IV de Salud Noroeste. Región de Murcia.

Investigadora en formación en la Escuela Internacional de Doctorado de la UNED.

Palabras clave: “rural population”, “ quality of life ”, “older people”.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población mundial es rápido en los últimos años¹. El 65% de la población adulta mayor mundial son mujeres² y se estima que en el año 2050 el 21% de la población será mayor de 60 años³. En el mundo occidental las áreas rurales presentan un mayor envejecimiento frente a las urbanas⁴. El último censo en España del año 2020 indica que el 15,9% de la población reside en el área rural y en los últimos 10 años ha descendido un 7,1%⁵. La población rural femenina en España es menor ya que emigra a zonas urbanas⁶. El envejecimiento de la población en general va unido a una disminución del funcionamiento físico y psicológico y presenta diferencias entre áreas urbanas y rurales⁷.

Para salud pública es esencial mejorar la calidad de vida (CdV) en los adultos mayores traducido en un estado de salud y condiciones de bienestar adecuados¹.

La CdV está definida como “la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto por su salud física, estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales”⁸.

Entre los factores que afectan negativamente la CdV encontramos la edad avanzada, género, vida rural, nivel de estudios, estatus económico y enfermedades crónicas⁹.

A pesar de ello, hay pocos estudios dedicados a conocer el proceso de envejecimiento de las mujeres mayores en el área rural, por lo que el objetivo de este estudio es describir la salud y la CdV de la población de mujeres en el ámbito rural de la región de Murcia y analizar los factores determinantes.

OBJETIVOS

Explorar los factores determinantes de la salud, CdV y envejecimiento activo saludable de las mujeres mayores que viven en el ámbito rural.

MÉTODO

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal que se realizará entre 2023–2024 en el Área IV de salud del Noroeste de la Región de Murcia. A través de un muestreo probabilístico y de conveniencia, se reclutarán 100 mujeres iguales o > 60 años que residen en área rural sin deterioro cognitivo y participación voluntaria tras firmar consentimiento informado. Serán excluidas mujeres mayores que presenten deterioro cognitivo o incapacidad para responder a la entrevista. Se procederá a un análisis de datos descriptivos y modelos de regresión para los determinantes de salud y de la CdV controlados por la

edad, sexo y nivel de estudios entre otros.

Se recogerán las siguientes variables de resultado: CdV relacionado con la salud EQ-5D-5L; CdV global PWI (Índice de bienestar personal); estado de salud percibida y número de patologías crónicas.

Como variables de control se utilizarán: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral y componentes de la unidad familiar.

Las variables mediadoras serán: soledad escala de JONG-GIERVELD; depresión GDS-5; apoyo social escala de Oslo; actividades sociales y físicas.

CONCLUSIONES

El estudio de la salud y CdV de las mujeres mayores en un entorno rural nos permitirá hacer recomendaciones sobre posibles intervenciones comunitarias y de cuidados que pueden repercutir en una mejor situación de salud de esta población.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Venegas-Sanabria LC, Cavero-Redondo I, Martínez-Vizcaino V, Cano-Gutierrez CA, Álvarez- Bueno C. Efecto del ejercicio multicomponente en el deterioro cognitivo: una revisión sistemática y un metaanálisis. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):1-11.
- 2- Murukesu RR, Singh DKA, Shahar S. Incontinencia urinaria entre mujeres mayores que viven en comunidades urbanas y rurales: prevalencia, factores de riesgo y calidad de vida. *BMC Public Health.* 2019 ;19(Suppl 4):529.
- 3- López-Ortiz S, Lista S, Peñín-Grandes S, Pinto-Fraga J, Valenzuela PL, Nisticò R, et al. Definición y evaluación de la capacidad intrínseca en personas mayores: una revisión sistemática y un sistema de puntuación propuesto. *Envejecimiento Res Rev.* 2022 1 de agosto;79.
- 4- Neville S, Adams J, Napier S, Shannon K, Jackson D. "Participar en mi comunidad rural": percepciones de las personas de 85 años o más. *Int J Qual Stud Salud Bienestar.* 2018;13(1):1503908.
- 5- El drama de la despoblación, al descubierto en el último informe de Agricultura. Disponible en: <http://eldiariorural.es/el-drama-de-la-despoblacion-al-descubierto-en-el-ultimo-informe-de-agricultura/>
- 6- del Pino Artacho JA, Camarero L. Despoblamiento rural: imaginarios y realidades. *Soberanía alimentaria, biodiversidad y culturas.* 2017;(27):0006-11.
- 7- Chen Z, Zhu M, Zheng L, Xie X. Sabiduría personal y calidad de vida entre los adultos mayores chinos. *J Health Psychol.* 2022:1646-58.
- 8- ¿Qué calidad de vida?. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358>.
- 9- Ćwirlej-Sozańska AB, Sozański B, Wiśniowska-Szurlej A, Wilmowska-Pietruszyńska A. Calidad de vida y factores relacionados entre las personas mayores que viven en zonas rurales del sureste de Polonia. *Ann Agric Environ Med.* 2018 ;25(3):539-45 .

Trabajo aprobado por del Comité de ética clínica del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia. Región de Murcia.

La autora no tiene conflicto de intereses.

Palabras clave: "rural", "rural population", " quality of life", "older people" "aged".

Bibliografía:

- ¹ Venegas-Sanabria LC, Cavero-Redondo I, Martínez-Vizcaino V, Cano-Gutierrez CA, Álvarez- Bueno C. Effect of multicomponent exercise in cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):1-11
- ² Murukesu RR, Singh DKA, Shahar S. Urinary incontinence among urban and rural community dwelling older women: prevalence, risk factors and quality of life. *BMC Public Health.* 2019 ;19(Suppl 4):529.
- ³ López-Ortiz S, Lista S, Peñín-Grandes S, Pinto-Fraga J, Valenzuela PL, Nisticò R, et al. Defining and assessing intrinsic capacity in older people: A systematic review and a proposed scoring system. *Ageing Res Rev.* 2022 Aug 1;79
- ⁴ Neville S, Adams J, Napier S, Shannon K, Jackson D. "Engaging in my rural community": perceptions of people aged 85 years and over. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2018 ;13(1):1503908.
- ⁵ El drama de la despoblación, al descubierto en el último informe de Agricultura. Available from: <http://eldiariorural.es/el-drama-de-la-despoblacion-al-descubierto-en-el-ultimo-informe-de-agricultura/>
- ⁶ del Pino Artacho JA, Camarero L. Despoblamiento rural : imaginarios y realidades. *Soberanía alimentaria, biodiversidad y culturas.* 2017;(27):0006-11.
- ⁷ Chen Z, Zhu M, Zheng L, Xie X. Personal wisdom and quality of life among Chinese older adults. *J Health Psychol.* 2022:1646-58.
- ⁸ What quality of life?. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358>
- ⁹ Ćwirlej-Sozańska AB, Sozański B, Wiśniowska-Szurlej A, Wilmowska-Pietruszyńska A. Quality of life and related factors among older people living in rural areas in south-eastern Poland. *Ann Agric Environ Med.* 2018 ;25(3):539-45.

Niveles de participación comunitaria en las acciones, proyectos y programas de atención primaria mediante la implementación de la herramienta EvalGuía. Cataluña 2024-2027.

ID Comunicación: 53

Tipo de comunicación: Jornada Doctorandos – Póster

González Fernández, A. M.

Levels of Community participation in primary care actions, projects, and programs through the implementation of the EvalGuide tool. Catalonia 2024–2027.

Ana María González Fernández. Primary care nurse at the Catalan Health Institute. PhD candidate in nursing and health at the University of Barcelona. ORCID:191944178

Community participation in health is essential to develop and promote prevention and health promotion actions at a local level, since it legitimizes policies and contributes to the sustainability of health systems (1). However, few projects apply a true participatory approach. The most common are projects in which the community is the recipient, consultant or evaluator of the intervention, which fail to impact living conditions(2). For this reason, in 2018 the AdaptA GPS research was carried out, as a result of the publication of the Health Guide “Community participation: improving health and well-being and reducing health inequalities”. A guide whose objective is to provide a practical and theoretical roadmap to involve communities in public health initiatives.

Following the publication of the Health Guide, the next logical step was to evaluate its implementation, so the EvalA GPS research took over from the AdaptA GPS project and created EvalGuide.

EvalGuide is a tool designed to analyze and increase community participation in health promotion projects, thereby contributing to improving people’s health and well-being to reducing health inequalities(3). Its objective is to evaluate what is being done in relation to community participation, how we are doing it, with what results, and how we can improve.

Keywords

Community participation; Primary Care; Evaluability assessment; Guides.

Aim

To evaluate the levels of community participation in community health actions, projects and programs, through the implementation of the EvalGuide tool, in primary care centers with a high risk of socioeconomic deprivation in the Metropolitan North and Metropolitan South health regions of Barcelona.

Method

Intervention/Implementation research with mixed methods in three phases. A first phase of sample selection, second phase of evaluability assessment of the sample, and the third phase of intervention and evaluation.

Once the sample has been selected, according to criteria, the evaluability questionnaire published in 2022 by the Ministry of Foreign Affairs, European Union and Cooperation(4) will be applied to determine whether it meets the minimum criteria to be evaluated with the EvalGuide tool.

The results of the evaluability assessment will allow the design of the EvalGuide implementation/evaluation intervention. If evaluability is low, the intervention will have a more implementation character, as a tool that guides the incorporation of community participation in health centers. If evaluability is high, the intervention will have a more evaluative character and will improve participation levels.

The designed intervention will be applied through two face-to-face workshops with one year apart, from which pre-post data will improve participation levels.

Expected results

Conclusions are expected regarding levels of involvement, resources and knowledge in relation to what is being done in primary care to include community participation in health projects, as well as results that justify the implementation of EvalGuide as a useful evaluation and guidance tool in decision-making on how to develop health promotion projects with a

participatory axis.

Discussion

By transparently and objectively assessing the degree of participation in various health projects, potential disparities can be identified and efforts can be made to eliminate barriers that limit equitable participation in health.

The implementation of an adapted intervention designed based on the evaluability analysis will allow the EvalGuide tool to be applied in a way that is adapted and adjusted to the characteristics of each primary care center. In addition, the aim is to contribute to the development and improvement of the EvalGuide scale by collaborating with the EvaluA GPS research group.

On the other hand, we believe that the implementation of EvalGuide can promote and facilitate the implementation of programs that truly impact health determinants.

Other aspects of the work

This research is part of a thesis and a continuation of the FIS EvaluA GPS research, which was funded by the Carlos III Health Institute and ended in 2024. New research pending evaluation has currently been requested, of which the author is part of the research team.

This research project has acceptance (meeting of 7/24/2024) from the IDIAP Jordi Gol research ethics committee and is pending approval by the bioethics committee of the University of Barcelona (meeting of 9/19/2024).

The author declares that don't have conflict of interest and that don't have used artificial intelligence to write these thesis project or its summary document.

Palabras clave: Participación comunitaria; Atención primaria; Evaluabilidad; Guías.

Bibliografía:

- ¹ Cassetti V, Paredes-Carbonell JJ, López Ruiz V, García AM, Salamanca Bautista P. Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 1 de octubre de 2018;32:41-7.
- ² Cubillo-Llanes J, García-Blanco D, Benede-Azagra B, Gallego-Diéguez J, Hernán-García M. Participación comunitaria: aprendizajes de la COVID-19 para nuevas crisis. Informe SESPAS 2022. Gac Sanit. 1 de enero de 2022;36:S22-5.
- ³ Mira J, Carrillo I, Navarro IM, Vitaller J, Pérez-Jover V. La participación ciudadana en salud. Revisión de revisiones. An Sist Sanit Navar. 30 de abril de 2018;41(1):91-106.
- ⁴ Loyola MM. Participación comunitaria en salud, un desafío para la salud pública / Community participation in health, a public health challenge. Med Soc Soc Med. 19 de abril de 2022;15(3):119-23.
- ⁵ Arco Brabo ID. Empoderamiento comunitario para la promoción de la salud. S.I.: DYKINSON; 2022.
- ⁶ EvaluA GPS [Internet]. [citado 24 de mayo de 2024]. EvaluA GPS | Guiando la Transformación en la Salud Comunitaria. Disponible en: <https://evaluagps.com/>
- ⁷ Cassetti V, López-Ruiz MV, Domínguez M, Gallego-Royo A, García AM, Gea-Caballero V, et al. Evaluating the implementation of community engagement guidelines (EVALUA GPS project): a study protocol. BMJ Open. 23 de febrero de 2023;13(2):e062383.
- ⁸ Ministerio de asuntos exteriores, unión europea y cooperación. Cuestionario de Evaluabilidad de la cooperación Española. ¿puede ser evaluada una intervención? [Internet]. Cooperación española; 2022. Disponible en: <https://www.cooperacionespanola.es/wp-content/uploads/2023/02/Cuestionario-de-evaluabilidad-v-final-final.pdf>

Otros aspectos:

La formación del personal de enfermería como método de prevención de lesiones relacionadas con la dependencia en unidades de críticos.

ID Comunicación: 320

Tipo de comunicación: Jornada Doctorandos – Póster

BALAGUER ESCUTIA, P.

Objetivos

Principal:

Evaluar la efectividad de un programa formativo en prevención de lesiones relacionadas con la dependencia en unidades de críticos, en términos de reducción de la aparición de nuevas lesiones.

Secundarios:

1. Describir el perfil de un paciente con LCRD de las unidades de cuidados críticos.
2. Conocer la incidencia de LCRD en pacientes ingresados en las unidades a estudio.
3. Analizar la efectividad de los distintos métodos de prevención de LCRD en el paciente crítico.
4. Comparar la incidencia de LCRD en pacientes ingresados en las unidades a estudio, previa y tras la formación a el personal de enfermería y TCAE.
5. Valorar la efectividad del uso de Superficies Especiales de Manejo de Presión (SEMP) activa de alta tecnología en la aparición de LPP (categoría I, II, III, IV) en la unidad de cuidados críticos.
6. Describir el conocimiento de las enfermeras, enfermeros y TCAES acerca de la prevención de LCRD.

La aplicabilidad de este estudio es, por tanto, contribuir a la prevención de LCRD en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados críticos.

3. Diseño y métodos:

Se trata de un estudio con diseño cuasi-experimental, pre y post intervención formativa. La población a estudio son los pacientes hospitalizados en las unidades de Críticos del Hospital Clínico de Valencia.

Con respecto a la muestra, se recogerá información de todos aquellos individuos de forma consecutiva que estén ingresados durante el periodo a estudio en la UCI y REA del HCUV y cumplan los criterios de inclusión. Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta inferior al 0.2 en un contraste bilateral, son necesarios 76 sujetos asumiendo que la proporción inicial del suceso es del 0.85 y la final del 0.6. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%.

Además, se recogerá información previa a la intervención formativa y posterior en varios periodos. De este modo, tendremos un primer estudio de incidencia, una formación a los profesionales sanitarios y posteriores recogidas de incidencia.

La recogida de datos de los pacientes se realiza mediante una hoja diseñada por la investigadora principal con las distintas

variables a estudio como: Aparición de LCRD (si, no), mecanismo de la lesión, categoría, días para la aparición, variables del perfil del paciente (edad, sexo, procedencia, unidad de ingreso...) y variables predisponentes al desarrollo de LCRD (dispositivos como SNG, TET, SV, catéteres, ventilación mecánica) además de variables de protección (uso de apósitos, taloneras, cambios posturales...).

Se realizará un análisis estadístico mediante el programa SPSS statistics v23.

Actualmente se ha realizado ya el estudio de incidencia previo y se espera realizar la formación para finales de este año y los posteriores estudios de incidencia durante el próximo 2025.

Resultados esperados:

Esperamos conocer la magnitud de la formación en la prevención de LCRD y reducir la incidencia de LCRD.

Discusión:

Si este estudio resulta concluyente, plantearíamos la implantación de una formación reglada obligatoria para todo el personal de enfermería en el hospital, ampliando así a otras unidades.

Palabras clave: formación, LCRD, lesiones cutáneas, enfermería

Bibliografía:

Otros aspectos:

Significado de la experiencia de vivir con insuficiencia renal en diálisis: Un camino por la cuerda floja

ID Comunicación: 133

Tipo de comunicación: Póster

Cantillo Medina, C. P.; Ramírez Perdomo, C. A.; Perdomo Romero, A. Y.

Introducción:

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública de creciente importancia a nivel mundial. Actualmente cerca de 850 millones de personas la padecen, y se prevé que para el año 2040 será la quinta causa más común de muerte prematura. Esta condición de salud como parte de las enfermedades crónicas no transmisibles, ocasiona en quienes la padecen, dependencia y necesidad de contar con asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria.

El diagnóstico de la necesidad de terapia de reemplazo renal afecta la integridad personal y desencadena diversas reacciones conductuales y emocionales, produce niveles elevados de ansiedad por el conocimiento de padecer una enfermedad crónica, irreversible y donde el control sobre ella es mínimo. El manejo de esta situación requiere la intervención de profesionales especializados, el uso de tecnología avanzada, controles médicos permanentes, múltiples restricciones dietéticas, y el consumo diario de medicamentos. La diálisis impone una carga económica, clínica y social considerable para el paciente y la familia.

Objetivo: Comprender la experiencia de las personas de vivir con Insuficiencia Renal en diálisis, desde los significados construidos con respecto al fenómeno experimentado.

Método: Estudio fenomenológico–hermenéutico, la información fue recolectada durante el año 2023 mediante entrevistas a profundidad para comprender los significados de la experiencia. Se llevó a cabo un muestreo casual orientado por criterio, previa firma del consentimiento informado.

Resultados: En el análisis de las entrevistas, las personas en tratamiento dialítico desarrollaron un proceso marcado de incertidumbre que finalmente los condujo, si no a la adaptación, si a la acomodación, y a la construcción del significado de vivir con el tratamiento dialítico descrito por un paciente como: “me siento como si caminara sobre la cuerda floja”. El proceso construido a partir de los significados de la experiencia vivida por personas con Insuficiencia Renal en diálisis se desarrolla en siete etapas: confusión, toma de conciencia de la realidad, desconcierto, escape de la realidad, sometimiento, desilusión, y acomodación.

Discusión: Conocer el proceso desarrollado a partir de los significados de la experiencia vivida por personas con Insuficiencia Renal en diálisis permite a los equipos de salud de las unidades renales, fortalecer el cuidado integral en el aspecto biológico, social, psicológico, cultural y espiritual. A la vez orienta hacia una atención creativa e individualizada, ofreciendo mejores oportunidades de vida tanto para el paciente como para sus familias.

Identificar las etapas del proceso desarrollado a partir de los significados de la experiencia vivida orienta la atención directa sobre la fase del proceso en la que se encuentre la persona, haciéndose necesario un diálogo permanente con ella para profundizar en sus sentimientos y necesidades.

Durante el proceso de investigación la persona resalta el apoyo recibido de su familia y del entorno social como soporte importante para mantener cierto grado de satisfacción con su existencia, y refuerza la necesidad de seguir orientando el manejo integral del individuo, a través de políticas de apoyo familiar y social.

Comprender el significado de la experiencia de vivir con insuficiencia renal sometida a tratamiento dialítico permite identificar la necesidad de fortalecer los programas de trasplante como posibilidad de vida para estas personas.

El proceso de adaptación al tratamiento de diálisis resalta la importancia de reevaluar los programas de inducción al las terapias de reemplazo renal dentro de las unidades renales, modificando las estrategias de apoyo interdisciplinario, orientadas hacia una realidad actual, teniendo en cuenta al individuo como ser biopsicosocial.

Conclusión

Comprender el significado de la experiencia de vivir con insuficiencia renal en diálisis, permite a los equipos de salud realizar la labor de cuidado diario de manera integral e individualizada y aportar a la mejora continua de la calidad asistencial, disminuye la variabilidad, garantizando la seguridad de la atención. Además ofrece a los pacientes y equipos de salud la oportunidad de evaluar sus propias actuaciones, enfocadas en alcanzar un mejor nivel de bienestar de las personas y sus familias.

Bibliografía

1. World Kidney Day. 14 de marzo de 2020. 2020 (citado abril 15 2020) Disponible en: Disponible en: <https://www.worldkidneyday.org/ckd-2020-spanish/> [Links]
2. Kdigo Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Update Work Group. KDIGO 2017 clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease-mineral and bone disorder (CKD-MBD). *Kidney Int Suppl.* 2017;7(1):1-59. <https://dx.doi.org/10.1016/j.kisu.2017.04.001>. [Links]
3. Chaves Pedreira, L., Cabral Ferreira, A., Reis Silva, G., Oliveira Silva, R. de, & Marques Freitas, C. (2018). Older Brazilian caregivers and their lived experiences of caring—A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(17-18), 3314-3323. <https://doi.org/10.1111/jocn.14207>

Palabras clave: Insuficiencia Renal Crónica; Diálisis; Cuidado de enfermería; Investigación Cualitativa

Bibliografía:

1. World Kidney Day. 14 de marzo de 2020. 2020 (citado abril 15 2020) Disponible en: Disponible en: <https://www.worldkidneyday.org/ckd-2020-spanish/> [Links]
2. Kdigo Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Update Work Group. KDIGO 2017 clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease-mineral and bone disorder (CKD-MBD). *Kidney Int Suppl.* 2017;7(1):1-59. <https://dx.doi.org/10.1016/j.kisu.2017.04.001>. [Links]
3. Chaves Pedreira, L., Cabral Ferreira, A., Reis Silva, G., Oliveira Silva, R. de, & Marques Freitas, C. (2018). Older Brazilian caregivers and their lived experiences of caring—A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(17-18), 3314-3323. <https://doi.org/10.1111/jocn.14207>
4. de Carvalho, R., Rauber, F., Claro, R., & Levy, R. (2021). Risk and protective behaviors for chronic non-communicable diseases among Brazilian adults. *Public Health*, 195(2021), 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.03.028>
5. Hanna RM, Streja E, Kalantar-Zadeh K. Burden of Anemia in Chronic Kidney Disease: Beyond Erythropoietin. *Adv Ther [Internet]*. 2021 [consultado 30 Nov 2022]; 38:52-75. Disponible en: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.13035146>.
6. Perales-Montilla CM, Duschek S, Reyes-del-Paso GA. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología* 2016;36(3):275-82. [Links]
7. Brown JS, Elliott RW. Social Determinants of Health: Unraveling the Basics and Their Impact on Chronic Kidney Disease. *Nephrol Nurs J.* 2021;48(2):131-45.
8. Lopera-Medina MM. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev Gerenc Polít Salud [Internet]*. 2016 [consultado 2 Feb 2021]; 15(30): 212-33. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys15-30.erc>.
9. Chironda G, Bhengu B. Barriers to management of Chronic Kidney Disease (CKD) CKD in a renal clinic in KwaZulu-Natal Province, South Africa – A qualitative study. *IJANS [Internet]*. 2019 [consultado 10 Feb 2022]; 10:116-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.04.001>
10. Harris D, Davies SJ, Finkelstein FO, Jha V, Donner J, Abraham G, et al. Increasing access to integrated ESKD care as part of universal health coverage. *Riñón Int* 2019; 95 (4S):1-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2018.12.005>
11. Van Manen M. *Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. New York: Routledge: Left Coast Press, 2014.
12. Ramírez Perdomo CA. Fenomenología hermenéutica y sus implicaciones en enfermería. *Index de Enfermería* 2016; 25(1-2):82-85. <http://tinyurl.com/5b6z8w27>.
13. Finlay L. A dance between the reduction and reflexivity: Explicating the “phenomenological psychological attitude”. *Journal of Phenomenological Psychology*
14. Ministerio de Salud, Republica de Colombia. Resolución No 008430 de 1993. Por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Congreso de la Republica. Bogotá D.C. 1993.
15. Patton MQ. (2014). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, 2023.
16. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.; 1985. 331. [http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)
17. Jiménez Yenny Fernanda, Carrillo Gloria Mabel. “Reencontrándome a través de la diálisis peritoneal”: un abordaje fenomenológico. *Enferm Nefrol [Internet]*. 2018 Sep [citado 2024 Jun 01]; 21(3): 275-283. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842018000300275&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842018000300010>.
18. Rodríguez-Zamora María Cristina, Moreno-Serrano Ana Patricia, Cabrera-Delgado Ana Miriam, Regalado-Ruiz Luis Alberto, Amato Dante. Vivencias del paciente ante el diagnóstico de enfermedad renal crónica y su ingreso a diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol [Internet]*. 2022 Mar [citado 2024 Jun 01]; 25(1): 59-65. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842022000100059&lng=es. Epub 09-Mayo-2022.
<https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842022007>. 19. Guzzo F, Boing E, Nardi AL. Da paralisação dos rins ao movimento da vida: percepções de pessoas em tratamento de hemodiálise. Rev abordagem Gestalt [Internet]. 2017 [consultado 20 Ene 2022];23(1):1-10. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672017000100004. 20. Jonasson K, Gustafsson L-k. You live as much as you have time to: The experience of patients living with Hemodialysis. Nephrol Nurs J. 2017;44 (1):35-41. 21. Subramanian L, Quinn M, Zhao J, Lachance L, Zee J, Tentori F. Coping with kidney disease - qualitative findings from the Empowering Patients on Choices for Renal Replacement Therapy (EPOCH-RRT). BMC Nephrol [Internet]. 2017 [consultado 1 Feb 2022];18(1):119. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0542-5>. 22. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic kidney disease. The Lancet [Internet]. 2017 [consultado 10 feb 2022];389(10075):1238-52. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5). 23. Gullick J, Monaro S, Stewart G. Compartmentalising time and space: a phenomenological interpretation of the temporal experience of commencing haemodialysis. J Clin Nurs [Internet]. 2017 [consultado 5 Abr 2022];26(21 22):3382-95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28001331/>. 24. Álvarez-Villarreal M, Chocarro-González L, Velarde-García JF, Palacios-Ceña D. La experiencia de ser portador de un catéter venoso central para hemodiálisis. Enferm Nefrol [Internet]. 2018 [consultado 20 Nov 2022];21(2):146- 56. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842018000200006>. 25. Carillo Algarra AJ, Duque Salzar N, Nieto Parra KJ. The qualitative evidence and the care of patients in Peritoneal dialysis. Enferm Nefrol. [Internet]. 2016 [Cited 2017 Apr 20]; 19(2):154-63. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000200008&lng=es. 26. Nagpal N, Boutin-Foster C, Melendez J, Kubiszewski P, Uehara K, Offidani E, et al. Experiences of patients undergoing dialysis who are from ethnic and racial minorities. J Ren Care. 2017;43(1):29-36. doi: 10.1111/jorc.12185 27. Fernández Díaz Reyes, Núñez Moral Miguel, Peláez Requejo Beatriz, Fernández Pérez Mónica, Rábano Colino Manuela. Vivencias del paciente renal en la transición de diálisis peritoneal a hemodiálisis: estudio fenomenológico. Enferm Nefrol [Internet]. 2019 Mar [citado 2024 Jun 01]; 22(1): 68-79. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842019000100010&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000100010>. 28. Fuentes-González N, Díaz-Fernández JK Significado de la hemodiálisis para la persona con enfermedad renal crónica. Enferm Nefrol 2023;26(1):41-7 29. Martins-Catro MC. Reflexiones sobre la diálisis al final de la vida. J Bras Nefrol [Internet]. 2018 [consultado 1 2024]; 40(3): 233-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-3833>.

Otros aspectos:

Waterbirth satisfaction and obstetric outcomes comparison between primiparous and multiparous women.

ID Comunicación: 159

Tipo de comunicación: Póster

Gilaberte Martínez, E.; de Pedro, I.; Mitjà Ruano, A.; Suru Vidal, S.; Marés Vergés, A.; Santidrian Tudanca, E.; Miguel Lara, A.; Juan, J.; Rodriguez Coll, P.

Título: Waterbirth satisfaction and obstetric outcomes comparison between primiparous and multiparous women.

Autoría: Gilaberte-Martínez,E (<https://orcid.org/0000-0002-2391-170X>) de Pedro,I. Mitjà-Ruano,A. Suru-Vidal,S. Marés-Vergés,A. Santidrian-Tudanca,E. Miguel-Lara,A. Juan,J. Rodriguez-Coll,P.

Keywords: childbirth, hospital, questionnaire, satisfaction, women.

Objective:To describe the obstetrical results and women's waterbirth satisfaction between primiparous and multiparous women.

Methods: A multicenter, correlational descriptive study,Non-probability convenience sampling technique. Target population women who have used water immersion during active labor. Inclusion criteria women of legal age who understand Spanish and have access to the internet. The sample was collected in public hospitals belonging to the Spanish National Health System in Catalonia, the research midwives belonging to a second level hospital in Girona, a third level hospital and a birth center in Badalona collected the sample in the delivery and maternity wards. The women sign informed consent accepted by the CEIC of the hospitals. Satisfaction was evaluated using the Mackey Satisfaction Rating Scale (MSRS) questionnaires on postpartum women who receive via internet. Data has been extracted from the study on the development and validation of a water birth experience questionnaire. Data analysis programme R version 4.3.2 for windows. Sociodemographic and obstetric variables are analyzed with descriptive statistics; discrete numerical with medians and interquartile range; categorical with frequencies and %. The comparison of independent variables and categorical variables was analyzed with Fisher and Chi-Square and discrete numerical variables with Kruskal-Wallis with a statistical significance of $p < 0,05$.

Results: target population 84 primiparous and 72 multiparous women postpartum who had used water immersion during their childbirth. A bivariate and discriminant analysis was conducted to evaluate the relationship between satisfaction and the recorded variables. There were significant differences between both groups: maternal age ($p < 0.002$) multiparous women 70.8% comprise 31 to 41 years, 12.5% between 42 to 50 years, while 54.4% of the primiparous women are between 31 to 41 and 33.3% between 26 to 31 years. Marital status ($p < 0.007$) multiparous 74.4% married and primiparous the 50% single women 22.3%. Obstetric data: prepartum classes ($p < 0.001$) primiparous were 99% and multiparous 76%; use of non-pharmacological analgesic methods($p < 0.003$) multiparous 60% no analgesia and peridural 23% in contrast primiparous 46% not use analgesia and 26%peridural, 26% other pharmacological analgesia. The use of the bathtub during the delivery of the newborn baby ($p < 0.001$) 73% multiparous and 42% primiparous. Delivery hours ($p < 0.001$) $< 9h$ multiparous was 97% and primiparous 70%. Hours of amniorrhexis ($p < 0.005$) $< 6h$ multiparous 60% and primiparous 36%. Birth position ($p < 0.007$) multiparous women use vertical position only 6% used lithotomy and multiparous 26%. Perineum ($p < 0.005$) intact perineum 39% multiparous and 19% primiparous, more frequently episiotomy en primiparous 14.3% and 1.4% multiparous. There aren't significant differences in the delivery, maternal and neonatal complications among other variables. Women of both groups were very satisfied with their water birth. However, there were significant differences ($p = 0.005$) Mackey's total Score. MSRS (midwifery) $p < 0.003$, MSRS(labor) $p < 0.002$; MSRS(delivery) $p < 0.033$. Experience of delivery $p < 0.014$; MSRS(newborn) $p < 0.001$, time until breastfeeding $p < 0.001$

Discusión:Despite obtaining similar satisfaction results in both women, there are better obstetrical outcomes in women with previous births.The results report points of improvement in the birth process.

Referencias bibliográficas:

Reviriego Rodrigo E, Ibarгойen-Roteta N, Carreguí Vilar S, Mediavilla Serrano L, Carcaboso Montero S, Mateos Ares G, et al.

Inmersión en agua durante el parto. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA; 2022.

Lewis L, Hauck YL, Crichton C, Barnes C, Poletti C, Overing H, et al. The perceptions and experiences of women who achieved and did not achieve a waterbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 10 de enero de 2018;18(1):23.

Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac Sanit*. mayo de 2012;26(3):236-42.

Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240017566> Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. *Qual Saf Health Care*. junio de 2002;11(2):186-8.

There is no commitment of interests. No AI-assisted technologies

Palabras clave: **Keywords:** childbirth, hospital, questionnaire, satisfaction, women.

Bibliografía:

¹ Reviriego Rodrigo E, Ibarгойen-Roteta N, Carreguí Vilar S, Mediavilla Serrano L, Carcaboso Montero S, Mateos Ares G, et al. Inmersión en agua durante el parto. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA; 2022.

² Lewis L, Hauck YL, Crichton C, Barnes C, Poletti C, Overing H, et al. The perceptions and experiences of women who achieved and did not achieve a waterbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 10 de enero de 2018;18(1):23.

³ Vanderlaan J, Hall PJ, Lewitt M. Neonatal outcomes with water birth: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 1 de abril de 2018;59:27-38.

⁴ Caballero P, Delgado-García BE, Orts-Cortes I, Moncho J, Pereyra-Zamora P, Nolasco A. Validation of the Spanish version of Mackey childbirth satisfaction rating scale. *BMC Pregnancy Childbirth*. 16 de abril de 2016;16:78.

⁵ Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac Sanit*. mayo de 2012;26(3):236-42.

⁶ Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240017566> Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. *Qual Saf Health Care*. junio de 2002;11(2):186-8.

⁷ OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241550215>

Otros aspectos:

Healthy newborn: weight factor as a promoter of breastfeeding

ID Comunicación: 280

Tipo de comunicación: Póster

Barroso Henriques, V.; Sardo, D.; Barroso Henriques, V.; Anes Pinheiro, A.; Ctoô, M. D. R.

Healthy newborn: weight factor as a promoter of breastfeeding

Introduction

The newborn's weight loss is often used to determine whether the newborn is being well breastfed. The concern, on the part of health professionals and parents, with a NB who loses a lot of weight can result in the introduction of adapted milk. However, many women are given intravenous and oral fluids during labor and delivery., in this regard, new research published in the open-access journal of the BMC International Breastfeeding Journal shows that some early weight loss in a newborn may be physiological and not related to a lack of breast milk.

Objectives:

1. Assess weight in newborns, born by vaginal delivery, at birth and on the second day of life;
2. Relate newborn weight with the administration of fluids to the mother during labor;
3. Relate the newborn's weight to the gestational age;
4. Relate the NB weight on the second day of life with breast-feeding.

Methodology

This is a descriptive, analytical and observational study, the object of study being all newborns who meet the inclusion criteria, born in a hospital in the north of Portugal from January 2022 to January 2023.

Inclusion criteria: Newborns with gestational age > 37 weeks and < 42 weeks and weighing more than 2500 g and less than 400 g, without congenital malformations and singleton pregnancies.

Exclusion criteria: Newborns with intrauterine growth retardation, high weight or low weight for gestational age and mothers with pathology that influences delivery and immediate puerperium, such as eclampsia and preeclampsia. Newborns born by caesarean section.

Results

Regarding the weight loss parameter, the values at the 2nd day of life vary between 0.60% and 9%, with an average of 6.04%, with a gestational age of 39 weeks and 6 days (average) and all newborns are exclusively breastfed with breast milk. The age of the puerperal women ranged from 22 years to 39 years of age.

Conclusions

Much remains to be learned about the diversity of body composition in the neonatal period and its consequences for growth and development. An accurate normalization of the newborn's weight assessment, namely knowing and identifying the ideal time interval to weigh a newborn, which will help to reference accurate values of weight loss related to ineffective breastfeeding or poor breastfeeding.

Palabras clave: Breast-feeding; weight , the newborn

Bibliografía:

- ¹ American Academy of Pediatrics. (2020). Task Force on Vision of Pediatrics 2020. *Vision of Pediatrics 2020*, 126(5):971-81. doi: 10.1542/peds.2010-1903. Brock, R., Falcão, M. (2008). Avaliação nutricional do recém-nascido: limitações dos métodos atuais e novas perspectivas. *Rev Paul Pediatr*. Chapman, D.J. (2013). Nudging More Women to Breastfeed: Impact of Public Health Policy Changes. *Journal of Human Lactation*. Cunningham, F., MacDonald P., Gant, N., Leveno, K., Gilstrap, L., Hankins, G. et al(2000). Noel-Weiss1, J., Woodend, A., Peterson, W., Gibb, W., Groll, D., (2011). An observational study of associations among maternal fluids during parturition, neonatal output, and breastfed newborn weight loss. Noel-Weiss et al. *International Breastfeeding Journal*, 6:9
- ² Williams obstetrícia. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. Martinez-Galiano, J.M., Delgado-Rodriguez, M. (2014). Effectiveness of the professional who carries out the health education program: perinatal outcomes. *Int J Womens Health*. Mayfield, S.R., Uauy, R., Waidelich, D. (2019). Body composition of low-birth-weight infants determined by using bioelectrical resistance and reactance. *American Journal of Clinical Nutrition* Horta, B.L., Victora, C.G. (2013). Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. *World Health Organization*, Geneva. Kramer, M., Aboud, F., Mironova, E. (2008). Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*.

Otros aspectos:

Atención Preconcepcional a mujeres con antecedentes obstetricos y/o ginecologicos de interés: A scoping Review.

ID Comunicación: 52

Tipo de comunicación: Póster

Barroso Corroto, E.; Del Cerro Rodríguez, M.

Introducción: La atención pregestacional es el conjunto de intervenciones sanitarias encaminadas a optimizar el estado de salud de la mujer antes de concebir, detectando factores de riesgo reproductivo y promocionando estilos de vida saludables, previniendo así adversidades perinatales o complicaciones en el embarazo y parto. Este tipo de atención tiene gran importancia en mujeres con antecedentes ginecológicos que pueden interferir en el planteamiento de un nuevo embarazo.

Objetivo general: Conocer la evidencia científica actual sobre atención preconcepcional en mujeres con antecedentes obstétricos y/o ginecológicos de interés.

Metodología: se ha llevado a cabo una scoping review, realizando una búsqueda en la literatura científica entre noviembre de 2023 y febrero de 2024, a través de distintas bases de datos (Pubmed, Scopus, Web of Science, ...). Así como se han incluido protocolos y guías de práctica clínica vigentes en la actualidad.

Resultados: Se obtuvo un total de 2701 resultados de los cuales tras aplicar los criterios de selección se analizaron 38 de ellos. Entre los resultados destacar la importancia de tener una buena salud en mujeres con deseo genésico, tener en cuenta cuidados preconceptionales básicos y seguimiento de visita ginecológico y, especialmente, asesorar sobre mantener un periodo intergenésico adecuado dependiendo de los antecedentes, ya sean aborto, legrado uterino, embarazo de riesgo o cesárea. Y cuando ha habido un embarazo de riesgo anterior tener en cuenta las causas que lo motivaron y las consecuencias maternas que este tuvo.

Conclusión: Realizar una atención preconcepcional de calidad es de gran importancia en la planificación de un nuevo embarazo, especialmente cuando existen antecedentes de riesgo. Destacar, además, el asesoramiento sobre los periodos intergenésicos adaptadas a cada situación y estudio individualizado de cada caso.

Palabras clave: enfermería, preconcepción, aborto, cesárea, embarazo de riesgo, cirugía ginecológica, periodo intergenésico.

Bibliografía:

- ¹ 1. Khekade H, Potdukhe A, Taksande AB, Wanjari MB, Yelne S. Preconception Care: A Strategic Intervention for the Prevention of Neonatal and Birth Disorders. *Cureus*. 2023;15(6):e41141.
- ² 2. Sardasht FG, Motaghi Z, Keramat A, Shariati M, Akbari N. Women's and Care Providers' Perspectives of Quality Preconception Care: A Qualitative Descriptive Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2022;27(4):337-45.
- ³ 3. Hill B, Skouteris H, Teede HJ, Bailey C, Baxter JB, Bergmeier HJ, et al. Health in Preconception, Pregnancy and Postpartum Global Alliance: International Network Preconception Research Priorities for the Prevention of Maternal Obesity and Related Pregnancy and Long-Term Complications. *J Clin Med*. 2019;8(12).
- ⁴ 4. Priani IF, Afyanti Y, Kurniawati W. Preparing pregnancy through preconception education training. *Enfermeria Clinica*. 2019;29:304-9.
- ⁵ 5. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.7 en línea]. [consultado 15/12/2023].
- ⁶ 6. Dorney E, Mazza D, Black KI. Interconception care. *Aust J Gen Pract*. 2020;49(6):317-22.
- ⁷ 7. Andreu A, Casals G, Vinagre I, Flores L. Obesity management in women of reproductive age. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2023;70 Suppl 1:85-94.
- ⁸ 8. Soto-Sánchez EM, Cantero-Pacheco M, Fonseca-Buelga I, López-Gorosabel C, Ibáñez-Santamaría AB, Hernández-Aguado JJ. Desenlaces obstétricos y perinatales en embarazadas con obesidad. Estudio de prevalencia. *Ginecología y obstetricia de México*. 2023;91(2):75-84.
- ⁹ 9. Rebollo-Garriga G, Martínez-Juan J, Puig GF, Nieto-Tirado S, Rodríguez LN. Conocimiento y utilización de la visita preconcepcional en atención primaria de salud. *Matronas profesión*. 2018;19(2).
- ¹⁰ 10. Perichart-Perera O, Rodríguez-Cano AM, Gutiérrez-Castrellón P. Importancia de la suplementación en el embarazo: papel de la suplementación con hierro, ácido fólico, calcio, vitamina D y multivitamínicos. *Gaceta médica de México*. 2020;156:1-26.

- ¹¹ Riethmuller D, Tholozan-Juniat A-S, Mottet N, Soubeyrand B. Vacunas y embarazo. *EMC-Ginecología-Obstetricia*. 2021;57(4):1-13.
- ¹² Hernández Figueiras ME, Luis Medina L, Madrigal Mora L. Caracterización del riesgo reproductivo en mujeres en edad fértil. *Acta Médica del Centro*. 2022;16(2):301-10.
- ¹³ Hernández OR, Pina IB, Sintés RÁ. Quaternary Prevention, apropos of the article Riesgo preconcepcional genético como herramienta de prevención en la Atención Materno Infantil [Preconception genetic risk as a prevention tool in mother and child care]. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2021;37(2):1-5.
- ¹⁴ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control Prenatal del Embarazo Normal. *Prog obstet ginecol*(Ed impr). 2018:517-34.
- ¹⁵ Quintero-Paredes PP. Caracterización del riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2021;25(3).
- ¹⁶ Rodríguez PDD. Esterilidad e infertilidad: diagnóstico y tratamiento. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2022;29(2):70-3.
- ¹⁷ Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podeseck M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet*. 2021;397(10285):1658-67.
- ¹⁸ Mscbs.gob.es Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [sede web]. 2014. [acceso 2 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf
- ¹⁹ Wise LA, Thomas L, Anderson S, Baird DD, Anchan RM, Terry KL, et al. Route of myomectomy and fertility: a prospective cohort study. *Fertil Steril*. 2022;117(5):1083-93.
- ²⁰ Satorres E, Orive A, Ruiz C, Monleón J. Tratamiento quirúrgico de los miomas. *Medicina Clínica*. 2023;161(Supl. 1):S22-S6.
- ²¹ Gaitan ES. Factores para un embarazo de riesgo. *Revista medica sinergia*. 2019;4(9):e319-e.
- ²² Ma'ayeh M, Costantine MM. Prevention of preeclampsia. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2020;25(5):101123.
- ²³ Morocho BNV, Toledo MAT, Tandazo MJC. Embarazada con preeclampsia y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería: Propósito de un caso. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*. 2020;5(9):493-505.
- ²⁴ Esquivel-Tamayo JA, Peña-Laguna YC. Caracterización del riesgo preconcepcional en féminas en edad fértil pertenecientes a un consultorio médico. *Revista Electrónica Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta*. 2023:3318.
- ²⁵ Fowler JR, Jenkis SM, Jack BW. Asesoramiento previo a la concepción. *StatPearls*. [Internet]. 2023. [acceso 23 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441880/>
- ²⁶ Feldman F, Pires A, Nogueira V, Diaz E, Goncales C, Rey G, editors. Uso de método anticonceptivo previo al embarazo, asesoramiento y preferencia posterior en puérperas del Hospital de Clínicas. *Anales de la Facultad de Medicina*; 2021: Universidad de la República. Facultad de Medicina.
- ²⁷ Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372-71
- ²⁸ Hammarberg K, Taylor L. Survey of Maternal, Child and Family Health Nurses' attitudes and practice relating to preconception health promotion. *Aust J Prim Health*. 2019;25(1):43-8.
- ²⁹ De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2020;5(1):81-90.
- ³⁰ Alicia GP, Aida RC, Maybelis JR, Dimí MV, Meidi GC. Nursing performance in prevention and control of preconception reproductive health. *Revista Cubana de Enfermería*. 2019;34(2): 442-455
- ³¹ Kurniawati W, Afiyanti Y, Nasution LA, Juliastuti D. Preconception care knowledge and information delivery modes among adolescent girls and women: a scoping review. *Korean J Women Health Nurs*. 2023;29(1):12-9.
- ³² Caut C, Schoenaker D, McIntyre E, Vilcins D, Gavine A, Steel A. Relationships between Women's and Men's Modifiable Preconception Risks and Health Behaviors and Maternal and Offspring Health Outcomes: An Umbrella Review. *Semin Reprod Med*. 2022;40(3-04):170-83.
- ³³ Rovira-Vizcaíno NE, Sáez-Padilla J, Romero-Márquez JM, Merino-Godoy MÁ. Preconception care for men and women during the pandemic, an intervention proposal. *Healthcare (Switzerland)*. 2021;9(7).
- ³⁴ Cabinda A, Casanova Moreno MdC, Medina González I. Teoría de los sistemas de enfermería en la prevención del bajo peso al nacer, roles y funciones de enfermería en Atención Primaria de Salud. *International Journal of Medical and Surgical Sciences, (IJMSS)*. 2021;8(1): 1-9.
- ³⁵ Khakade H, Potdukhe A, Taksande AB, Wanjari MB, Yelne S. Preconception Care: A Strategic Intervention for the Prevention of Neonatal and Birth Disorders. *Cureus*. 2023;15(6):e41141.
- ³⁶ Jacob CM, Killeen SL, McAuliffe FM, Stephenson J, Hod M, Diaz Yamal I, et al. Prevention of noncommunicable diseases by interventions in the preconception period: A FIGO position paper for action by healthcare practitioners. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;151 Suppl 1(Suppl 1):6-15.
- ³⁷ Petročnik P, Mivšek AP, Žvanut B, Pucer P, Prosen M. Preconception health in current society: The PreconNet project. *Eur J Midwifery*. 2021;5:6.
- ³⁸ Vasconez MPT, Gaytán ÁMM, González EML, Reyes SJÁ. Parto vaginal post cesárea. *RECIMUNDO*. 2022;6(4):525-31.
- ³⁹ Mazhar T, Ambareen A, Jabeen S. Effects of short inter-delivery interval on mode of delivery in previous one caesarean section cases. *Khyber Medical University Journal*. 2022;14(2):128-31.
- ⁴⁰ González-Plaza E. Care of the surgical wound after cesarean section. *Matronas Profesion*. 2019;20(2):63-64.
- ⁴¹ Zhang C, Cao J, Xu M, Wu D, Li W, Chang Y. The role of neutrophils in chorioamnionitis. *Front Immunol*. 2023;14:1198831.
- ⁴² Fernandez-Navarro M, Pinillos-Peralta M, Mires-Montoro V, UrbinaGordillo C. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea: reporte de un caso. *Acta Médica Peruana*. 2023;40(3):252-5.

Otros aspectos:

Aborto espontáneo: percepción de las mujeres que sufrieron un aborto espontáneo respecto de los cuidados de enfermería recibidos. - Scoping review

ID Comunicación: 354

Tipo de comunicación: Póster

Anes Pinheiro, A.; dos Anjos da Silva Sardo, D.; Barroso Henriques, V.; Côtó, M. D. R.

Aborto espontáneo: percepción de las mujeres que sufrieron un aborto espontáneo respecto de los cuidados de enfermería recibidos. – Scoping review

Arminda Pinheiro, Prof. Coordinador, Universidade do Minho (UM), Portugal (aanes@ese.uminho.pt); Dolores Sardo, Prof. Adjunto, Escola Superior de Enfermagem –Porto; Virgínia Henriques, Prof. Adjunto, UM; Maria do Rosário Côtó, Prof. Adjunto, UM

Introducción

El aborto resulta de la interrupción del embarazo antes de que se haya alcanzado la viabilidad fetal (WHO,1977; 1997), es decir, antes de las 20 a 22 semanas de gestación y menos de 500 gramos. El aborto espontáneo ocurre de forma inesperada y no planificada, siendo la adversidad gestacional más común y en la mayoría de los casos de etiología desconocida (Aquino, 2012). Para muchas mujeres, la angustia asociada con el aborto espontáneo surge no sólo de la pérdida física de su bebé, pero también las esperanzas, sueños y aspiraciones futuras asociadas a tener un hijo. Lo cenario clínico es complejo y requiere comprensión y tratamiento multifacéticos.

Los profesionales de la salud deben reconocer que la pérdida temprana del embarazo abarca múltiples subtipos, cada uno asociado con distintos factores de riesgo que exigen una consideración exhaustiva. La capacidad del equipo de atención médica para brindar asesoramiento empático es fundamental para brindar una atención superior y lograr resultados favorables (Alves, Jenkins & Rapp, 2024).

Pregunta de revisión:¿Cuál es la percepción de las mujeres que han sufrido un aborto respecto de las características de los cuidados de enfermería que recibieron?

Objetivos

Mapear la evidencia científica disponible sobre la asistencia de enfermería recibida desde la perspectiva de las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo

Identificar áreas de mejora de la calidad de las intervenciones de enfermería dirigidas a mujeres que han sufrido un aborto

Método

Plan y estrategia de búsqueda: Para realizar este estudio la metodología utilizada se basó en los principios metodológicos siguiendo las pautas del Manual de revisores del Instituto Joanna Briggs (El Instituto Joanna Briggs [JBI], 2014). Investigación realizada en enero/febrero/2024. Bases de datos: Pubmed, Scielo, EBESCO y BVS. Descriptores validados en DeCS/MeSH; expresión de investigación: [(nurse midwives OR obstetric nursing OR midwifery OR nursing care OR quality nursing care) AND [(Ispontaneous abortoin OR miscarriage)]. La extracción de datos se realizó según: título del artículo, autores, año de publicación, país, muestra, metodología, resultados, conclusiones y tipo de estudio. Los artículos fueron analizados, utilizando el software Rayyan10, por dos revisores aislados.

Criterios inclusión: artículos que presentaran intervenciones de enfermería relatadas por mujeres que sufrieron un aborto espontáneo y que tuvo al menos un contacto con enfermeras; escrito en portugués, inglés o español; publicados desde 2000. Artículos con metodología científica cuantitativos y/o cualitativos; criterios de exclusión: artículos sin texto completo y sin acceso gratuito.

Nivel de evidencia de los estudios evaluados por el Oxford Centre for Evidence Based Medicine (Velazquez, s/d).

Resultados

Se identificarán 34 estudios en Scielo, 41 en BVS, 14 en EBSCO y cuarenta y 9 en PubMed. Se identificaron diez artículos repetidos; Ciento veinti ocho fueron sujetos a selección considerando los criterios propuestos. Se incluyeron 5 artículos, con los siguientes años de publicación 2009 (NE: 1a), 2014(NE: 2a), 2017 (NE: 1c),2020 (NE: 3a) y 2023 (NE: 1b). 3 de ellos se celebraron en Brasil, 1 en España y 1 en Polonia. Las muestras de los 5 estudios estuvieron compuestas por mujeres que sufrieron un aborto espontáneo y que en algún momento tuvieron que recurrir a un servicio de emergencia. Uno de los estudios fue cuantitativo con 303 mujeres, el resto fueron estudios cualitativos en los que la muestra varió entre 5 y 21 mujeres.

Luego del análisis surgieron las siguientes categorías temáticas y dimensiones: “Comunicación: forma y contenido”; “servicio”; “humanización y medicalización de la atención”, “condiciones de hospitalización”; “Preparación de profesionales de la salud”.

Discusión: Hay necesidad de mejorar la formación/actualización de habilidades comunicativas, de apoyo emocional y psicológico de los enfermeros que asisten a las mujeres en esta situación, desde el ingreso hasta el alta hospitalaria; de una comunicación humanizada, con palabras de apertura y apoyo, que respete la individualidad, la privacidad, el sufrimiento y los sentimientos de la mujer/familiar y la voluntad de la mujer/pareja/familiar; que permita a las mujeres exponer sus sentimientos, dudas y reacciones de ira y ansiedad; o saber escuchar y orientar/informar adecuada y completamente sobre procedimientos, técnicas y pautas durante la hospitalización y el regreso a casa. Se hizo referencia a las condiciones ambientales de los centros de atención (mujeres internadas en servicios de emergencia durante horas y con otros pacientes) y de los entornos hospitalarios (donde las mujeres con abortos espontáneos son colocadas junto a las mujeres en posparto), incluido el apoyo e información a los familiares y presencia con la mujer en todo momento. La rutinización de los cuidados basada en protocolos, la división del trabajo y de las tareas entre los profesionales también parece influir en la calidad de la atención y hay que revisarlo.

Palabras clave: "aborto espontáneo"; "cuidados de enfermería"; "calidad de la atención sanitaria"

Bibliografía:

- ¹ Alves, C., Jenkins, S.M., Rapp, A.(2024). Early Pregnancy Loss (Spontaneous Abortion) [Updated 2023 Oct 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560521/>
- ² Aquino, E. L. (2012). Atenção à saúde da mulher em situação de abortamento: experiências de mulheres hospitalizadas e práticas de profissionais de saúde. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 10.11606/D.6.2012.tde-22042013-161954. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-22042013-161954/ptbr.php>.
- ³ Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B. & Jordan, Z., editors. (2024). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. ISBN: 978-0-6488488-2-0 <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- ⁴ Bautista-Balbás. B. P., Lucas, S.A., Moreno, M. G., Molina, A. M., Pérez, S. D. (2017). Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo. *Matronas Prof.* 18(1). p. 18-25. <https://www.scribd.com/document/376451864/2017-Necesidades-y-sentimientos-percibidos-por-las-mujeres-ante-el-dx-de-aborto-espontaneo-pdf>
- ⁵ Bazotti, K. D. V., Stumm, E. M. F., Kirchner, R.M. (2009). Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Mar;* 18(1): 147-54. <https://www.scielo.br/j/tce/a/v9JKjsDNKjM4v33GJ35TrFk/?format=pdf&lang=pt>
- ⁶ Centre for Evidence-Based Medicine- University for Oxford (s/d). <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/ebm-tools/finding-the-evidence-tutorial>
- ⁷ Iwanowicz-Palus, G., Rzonca, E., Bien, A., Wloszczak-Szuzda, A., & Walczuk, E. (2014). High evaluation of medical staff by women after miscarriage during hospitalization. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 232(3), 155–162. <https://doi.org/10.1620/tjem.232.155>
- ⁸ Leite, L. P., Baiocco, G. G., Lohmann, M., Faller, G. S. (2023). Aborto espontâneo: percepções e sentimentos das mulheres. *e-Acadêmica*. 4(1). <https://eacademica.org/eacademica/article/view/409>
- ⁹ Silva, L., Sales, N., Santos, R., Albuquerque, N. (2020). Percepção das mulheres em situação de Abortamento frente ao cuidado de Enfermagem. *Rev. Ciênc. Plur.* 6(1). p. 44-55 <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18627/12528>
- ¹⁰ Velazquez, A. (s/d). *Medicina Basada en la Evidencia*. Hospital Italiano de Buenos Aires. <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/201903/Medicina%20Basada%20en%20la%20Evidencia.pdf>
- ¹¹ World Health Organization (1977). Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavia* 56: 247-253.

¹² World Health Organization. (1997). Medical methods for termination of pregnancy. Report of a Scientific Group. Geneva: Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Disponível em <http://www.who.int/publications/en/>

Otros aspectos:

Evaluación de la eficacia del triaje pediátrico en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel de Girona

ID Comunicación: 158

Tipo de comunicación: Póster

Vidal Serrat, M.; Ruiz Iglesias, I.; Rascon Hernán, C.

Título: Evaluación de la eficacia del triaje pediátrico en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel de Girona.

Autores: Vidal-Serrat, Meritxell¹ ORCID: 0009-0000-1386-2548; Ruiz-Iglesias, Ildara² ORCID: 0009-0007-6155-396X; Rascón-Hernán, Carolina³ ORCID: 0000-0003-2534-3328

1. Enfermera del Institut Català de la Salut (ICS)
2. Enfermera del Hospital de Sant Celoni
3. Profesora de la Universitat de Girona

Introducción: Diversos estudios confirman la especial importancia de establecer una buena clasificación de los niños a la llegada a un servicio de urgencias para minimizar los riesgos en ellos y así poder asegurar una actuación precoz y de calidad. (1,2) Esto se lleva a cabo a través del triaje, un proceso de valoración clínica preliminar que clasifica las personas según el orden de gravedad en que se encuentren y que permite gestionar el riesgo clínico para poder dirigir con seguridad los flujos de personas cuando las necesidades clínicas y la demanda superan los recursos disponibles. La disponibilidad de un sistema de triaje es considerado hoy en día un indicador de calidad de riesgo-efectividad para los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) (1) No obstante, debe considerarse que hay diferencias anatomofisiológicas entre los adultos y los niños por lo que el triaje pediátrico debe abarcar todas las peculiaridades de esta edad (1). Es por eso que es altamente recomendable que el sistema de triaje utilizado sea exclusivo para la edad pediátrica (3,4). Además, diversas sociedades científicas españolas evidencian que el triaje de urgencias es una función propia y específica del perfil curricular enfermero (5).

Objetivo(s): Valorar cómo se lleva a cabo el funcionamiento del sistema de triaje en edad pediátrica de un hospital de tercer nivel de Girona; Relacionar la calidad del triaje con los resultados de eficacia y eficiencia del servicio; Describir, cuantificar y evaluar los indicadores de calidad en un servicio de urgencias pediátrico; Valorar la formación y experiencia adquirida por las enfermeras que realizan el triaje.

Métodos: Estudio con diseño analítico, observacional y longitudinal. La muestra estudiada incluirá a todos los niños de hasta 14 años que acudan al servicio de urgencias del mismo hospital estudiado entre los meses de noviembre a enero de 2025. Otro requisito indispensable será que su padre/madre o tutor/a legal acepten la participación del niño, firmando el consentimiento informado. Durante la primera fase, las enfermeras de triaje aplicarán el primer cuestionario ad hoc por cada niño que ingrese a urgencias (box de triaje). Una vez los pediatras hayan realizado la primera visita al niño (box de urgencias), rellenarán el segundo cuestionario ad hoc. Finalmente, la segunda fase consta de un tercer cuestionario ad hoc de calidad del servicio de urgencias, que rellenará el investigador principal cuando se haya terminado el proceso de recolección de datos.

Las variables cualitativas y cuantitativas presentes en los cuestionarios son indicadores de calidad que se emplean como herramientas de revisión y evaluación, cuantificando la eficacia de las medidas evaluadas y, consecuentemente, la eficacia del sistema de triaje en el servicio de urgencias estudiado. La valoración de los diferentes indicadores se ejecutará según la puntuación estándar definida en estudios y protocolos validados anteriormente en otros estudios. (3,6-8). Se pedirá la valoración y aprobación del comité de ética de referencia CEIm Girona. Se respetarán las leyes: Ley Orgánica 03/2018, de 5 de diciembre y del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo de 27 de abril de 2016 de protección de datos (RGPD). Se utilizará el programa Redcap[®] para recoger la información de manera segura. Para el análisis en primer lugar se hará la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov. Se hará un análisis univariante, bivariante y multivariante de los datos obtenidos y se considerarán estadísticamente significativos una p valor < 0.005.

Discusión: Este estudio es clave para fomentar nuevas mejoras a partir de las carencias que puede llegar a presentar el servicio de urgencias de dicho hospital para alcanzar la excelencia en calidad del propio servicio. Además de reforzar los aspectos positivos que ya posee.

Otros aspectos del trabajo:

- i. Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.
- ii. Las autoras declaran no haber usado herramientas de inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: Pediatría, Triage, Indicadores de calidad

Bibliografía:

- ¹ . Landaluce AF. Triage de Urgencias de Pediatría [Internet]. AEPED; 2020;1-13 Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_triaje_urgencia_s.pdf
- ² Simon H, Schwartsman C, Sukys G de A, Farhat SCL. Pediatric emergency triage systems. Rev Paul Pediatr. [Internet]. 2023;41:e2021038. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35858040/>. doi: 10.1590/1984-0462/2023/41/2021038
- ³ . Navarro MCM, Márquez GG, Landaluce AF. REQUISITOS IMPRESCINDIBLES DE UN TRIAJE PEDIATRICO [Internet]. 2023. Disponible a: <https://seup.org/wpcontent/uploads/2024/01/REQUISITOS-MINIMO-TRIAJE-oct23.pdf>
- ⁴ International Federation of Emergency Medicine. Standards of Care for Children in Emergency Departments- [Internet]. 2019. Disponible en: www.ifem.cc/resources/ifem-polices-guidelines/ doi:10.5811/westjem.2020.2.46917
- ⁵ Martínez-Segura E, Lleixà-Fortuño M, Salvadó-Usach T, Solà-Miravete E, Adell-Lleixà M, Chanovas-Borrás MR, et al. Perfil competencial en los profesionales de triaje de los servicios de urgencias hospitalarios.
- ⁶ McCabe A, Nic An Fhailí S, O'Sullivan R, Brenner M, Gannon B, Ryan J, et al. Development and validation of a data dictionary for a feasibility analysis of emergency department key performance indicators. Int J Med Inf. [Internet]. 2019;126:59-64.
- ⁷ Cho M, Song M, Park J, Yeom SR, Wang IJ, Choi BK. Process Mining-Supported Emergency Room Process Performance Indicators. Int J Environ Res Public Health. [Internet]. 2020 ;17(17):6290. doi: 10.3390/ijerph17176290
- ⁸ González LD, Fumero YM. Guía de actuación en urgencias pediátricas. 2 a ed. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2019.

Otros aspectos:

Eficacia de un programa de protección solar en edad infantil.

ID Comunicación: 68

Tipo de comunicación: Póster

Aguirre Molina, P.; Catalán Edo, M. P.

Título:

Eficacia de un programa de protección solar en edad infantil.

Autoría:

Pilar Aguirre Molina, María Pilar Catalán Edo.

Palabras clave:

"Educación en salud", "Prevención primaria", "Rayos ultravioleta", "Factor de protección solar", "Protectores solares", "Cáncer de piel".

Objetivo:

Evaluar un programa de protección solar en el aula de infantil del colegio CRA Tres Riberas de Maluenda con la intención de mejorar sus conocimientos y proporcionar las herramientas necesarias para protegerse del sol.

Método:

Se trata de un estudio piloto descriptivo de base poblacional en el colegio de Maluenda, denominado Escuela Promotora de Salud. Se dirige a los niños de 1º, 2º y 3º de infantil y consta de 3 talleres educativos, con su respectiva evaluación, en los que se desarrollan actividades para protegerse del sol y comprender su importancia.

La evaluación del programa se llevó a cabo de dos formas distintas.

- En primer lugar, una evaluación cualitativa por medio del método observación-participante durante las actividades con los alumnos.
- En segundo lugar, se evaluó el programa de forma cuantitativa mediante una encuesta entregada y rellenada por los padres al finalizar el programa. También se utilizaron indicadores que midieron los objetivos a cumplir.

Resultados:

La encuesta reveló que el 100% alumnos mejoró su alfabetización sanitaria en lo relativo a la protección solar y el 90% mostró habilidades prácticas para reconocer y utilizar objetos que protegen del sol. Se observaron diferencias entre la respuesta de los padres a través de la encuesta cumplimentada sobre la aplicación de las medidas de protección solar, en especial la colocación de la crema solar a sus hijos e hijas, y el análisis de estos con la cámara ultravioleta durante los talleres. La encuesta aseguró que el 80% de los padres trabajaba la protección en casa y en las actividades se observó que tan solo 53% de los alumnos usaba fotoprotección tópica.

Discusión:

"SolSano" fue el primer programa de promoción de la salud en materia de fotoprotección en España, implantado en Aragón en el año 2001 y dirigido a niños de primaria. Posteriormente, durante 2016 y 2017 la Fundación Piel Sana de la AEDV desarrolló el programa "Convive con el Sol" dirigido a los cursos de infantil, primaria y secundaria. Sin embargo, no se lleva a cabo el programa en los alumnos de infantil ni secundaria.

Este programa se centra en la participación de equipos multidisciplinares, lo que mejora la atención en el aula y enriquece la evaluación posterior. Pretende promover la salud de los niños de infantil modificando sus comportamientos y hábitos

relacionados con la exposición solar en todos los niveles comunitarios y a través de talleres en los que se ve con claridad los efectos del sol y cómo las medidas de protección solar, sobre todo la crema solar, protege de los daños ocasionados por la exposición a la radiación procedente del sol.

Otros aspectos:

- El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA). Dictamen favorable del proyecto P123/564. También con las autorizaciones y consentimiento informado del colegio y tutores de los participantes.

Referencias bibliográficas:

1. Alonso-Belmonte C, Montero-Vilchez T, Arias-Santiago S, Buendía-Eísman A. Situación actual de la prevención del cáncer de piel: una revisión sistemática. *ACTAS Dermo-Sifiliográficas* [internet]. 2022 [consultado 25 de marzo de 2024]; 113: 781-791. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ade.2022.04.015>
2. Garnacho GM, Salido R, Moreno JC. Efectos de la radiación solar y actualización en fotoprotección. *An Pediatr (Barc)* [internet]. 2020 [consultado 25 de marzo de 2024]; 92(6): 377.e1-377.e9. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdfs1695403320301661>
3. Thoonen K, Van Osch L, Driittij R, De Vries H, Schneider F. A Qualitative Exploration of Parental Perceptions Regarding Children's Sun Exposure, Sun Protection, and Sunburn. *Frontiers in Public Health* [internet]. 2021 [consultado el 25 de marzo de 2024]; 9: 596253. Disponible en: doi.org/10.3389/fpubh.2021.596253
4. Ortega V. Fotoprotección: el mejor aliado de nuestra piel. *El farmacéutico* [sitio web]. Junio 2022 [consultado 25 de marzo de 2024]; 611. Disponible en: <https://www.elfarmacautico.es/uploads/s1/14/48/21/ef-611-tendencias-te-interesafotoproteccion.pdf>
5. Gobierno de Aragón. Educación para la salud en la escuela. Curso escolar 2023-2024. [sitio web]. Septiembre 2023 [consultado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.aragon.es/-/promocion-de-la-salud-en-la-escuela>
6. Gilaberte Y, Alonso JP, Teruel MP, Granizo C, Gállego J. Evaluación de una intervención de promoción de la salud para la prevención del cáncer de piel en España: el programa SolSano. *Promoción de la Salud Internacional* [internet]. 2008 [consultado 25 de marzo de 2024]; 23(3): 209-219. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapro/dan020>
7. Ramírez A. Programa de Fotoeducación Infantil "Convive con el Sol". Agencia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) [sitio web]. Julio 2017 [consultado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://aedv.es/programa-de-fotoeducacioninfantil-convive-con-el-sol/>
8. Fundación Piel Sana de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Convive con el Sol. Guías didácticas, materiales educativos [sitio web]. 2021 [consultado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://conviveconelsol.es/materiales-educativos/>

Palabras clave: "Educación en salud", "Prevención primaria", "Rayos ultravioleta", "Factor de protección solar", "Protectores solares", "Cáncer de piel".

Bibliografía:

- ¹ Martínez Pérez, SA. El sol y la piel. *MedUnab* [internet]. 2002 [consultado 25 de marzo de 2024]; 5(13). Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/298/281>
- ² Robert L, Madrdejós R, Diego L. El sol, las radiaciones y los fotoprotectores solares. *BIT* [internet]. 2020 [consultado 25 de marzo de 2024]; 31(6): 35-42. Disponible en: https://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/butlletins/boletn_informacion_terapeutica/documents/arxiu/BIT-6-2020-accessible-solradiacions.pdf
- ³ Alonso-Belmonte C, Montero-Vilchez T, Arias-Santiago S, Buendía-Eísman A. Situación actual de la prevención del cáncer de piel: una revisión sistemática. *ACTAS Dermo-Sifiliográficas* [internet]. 2022 [consultado 25 de marzo de 2024]; 113: 781-791. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ade.2022.04.015>

- ⁴ Garnacho GM, Salido R, Moreno JC. Efectos de la radiación solar y actualización en fotoprotección. *An Pediatr (Barc)* [internet]. 2020 [consultado 25 de marzo de 2024]; 92(6): 377.e1-377.e9. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-pdf/S1695403320301661>
- ⁵ Agencia Estatal de Meteorología (AEMET). Índice UV solar Mundial. Guía Práctica [sitio web]. 2003 [consultado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.aemet.es/documentos/es/eltiempo/observacion/radiacion/EI_Indice_UV_OMS_v1.pdf
- ⁶ Gefeller O, Mates S, Uter W, Pfahlberg AB. The Role of the Global Solar UV Index for Sun Protection of Children in German Kindergartens. *Children* [internet]. 2022 [consultado 25 de marzo de 2024]; 9(198). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/children9020198>
- ⁷ Sultana N. Sun Awareness and Sun Protection Practices. *Clin Cosmet Investig Dermatol* [internet]. 2020 [consultado 25 de marzo de 2024]; 13: 717-730. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/CCID.S265477>
- ⁸ Lehmann M, Heinitz M, Uter W, Phalberg AB, Gefeller O. The extent of public awareness, understanding and use of the Global Solar UV index as a worldwide health promotion instrument to improve sun protection: protocol for a systematic review. *BMJ Open* [internet]. 2019 [consultado 25 de marzo de 2024]; 9: e028092. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/7/e028092.full.pdf>
- ⁹ Hung M, Rex I, Su S, Bounsanga J, Hon ES, Lipsky MS. An Exploration of the Use and Impact of Preventive Measures on Skin Cancer. *Healthcare* [internet]. 2022 [consultado 25 de marzo de 2024]; 10(4): 743. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare10040743>
- ¹⁰ Bendersky T, Berlingieri D, Rojas S, Núñez I. Melanoma: un desafío para el pediatra. Dos casos clínicos. *Arch Argent Pediatr* [internet]. 2021 [consultado 25 de marzo de 2024]; 119(5): e536-e539. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.e536>
- ¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Radiación ultravioleta [sitio web]. 21 de junio de 2022 [consultado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ultraviolet-radiation>
- ¹² Asociación Española contra el Cáncer. Dimensiones del cáncer [sitio web]. 2023 [consultado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://observatorio.contraelcancer.es/explora/dimensiones-del-cancer>
- ¹³ Fiessler C, Pfahlberg AB, Uter W, Gefeller O. Shedding Light on the Shade: How Nurseries Protect Their Children from Ultraviolet Radiation. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2018 [consultado 25 de marzo de 2024]; 15(9): 1793. Disponible en: [doi:10.3390/ijerph15091793](https://doi.org/10.3390/ijerph15091793)
- ¹⁴ Diehl K, Thoonen K, Breitbart EW, Pfahlberg AB, Görig T. Sun Protection and Tanning Behaviors in Caregivers: Prevalence, Determinants, and Associations with Children's Behaviors. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2022 [consultado el 25 de marzo de 2024]; 19(11): 6876. Disponible en: doi.org/10.3390/ijerph19116876
- ¹⁵ . Ezzedine K, Bergqvist C, Baissac C, Pérez N, Saint M et al. Use of multiple correspondence analysis to explore associations between caregivers and sun protective habits during summer vacations. *Clin Exp Dermatol* [internet]. 2023 [consultado 25 de marzo de 2024]; 49(1): 26-34. Disponible en: doi.org/10.1093/ced/llad260
- ¹⁶ Thoonen K, Van Osch L, Driessens R, De Vries H, Schneider F. A Qualitative Exploration of Parental Perceptions Regarding Children's Sun Exposure, Sun Protection, and Sunburn. *Frontiers in Public Health* [internet]. 2021 [consultado el 25 de marzo de 2024]; 9: 596253. Disponible en: doi.org/10.3389/fpubh.2021.596253
- ¹⁷ . Ortega V. Fotoprotección: el mejor aliado de nuestra piel. *El farmacéutico* [sitio web]. Junio 2022 [consultado 25 de marzo de 2024]; 611. Disponible en: <https://www.elfarmacéutico.es/uploads/s1/14/48/21/ef-611-tendencias-te-interesafotoproteccion.pdf>
- ¹⁸ . Thoonen K, Schneider F, Candel M, De Vries H, Van Osch L. Childhood sun safety at different ages: relations between parental sun protection behavior towards their child and children's own sun protection behavior. *BMC Public Health* [internet]. 2019 [consultado 25 de marzo de 2024]; 19: 1044. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7382-0>
- ¹⁹ Bruce AF, Cowan T. Comportamientos de protección solar: una intervención educativa con personal hospitalario dirigida a la prevención del cáncer de piel en niños. *CJON* [internet]. 2020 [consultado 25 de marzo de 2024]; 24(1): 75-80. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.596253>
- ²⁰ Seidel N, Fieber V, Wilhelm E, Bornhäuser M, Stölzel F. Cluster Randomized Trial: Sun Protection Intervention 'Clever in Sun and Shade for Preschools'—Effectiveness and Dissemination. *Children* [internet]. 2021 [consultado 25 de marzo de 2024]; 8(8): 651. Disponible en: doi.org/10.3390/children8080651
- ²¹ García-Harana C, De Gálvez MV, Blázquez-Sánchez N, Rivas-Ruiz F, RodríguezMartínez A, De Troya-Martín M. Políticas y prácticas de protección solar en escuelas preescolares y primarias de Andalucía (España). *J Canc Educ* [internet]. 2022 [consultado 25 de marzo de 2024]; 37: 819-828. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01889-w>
- ²² Pérez M, Donaldson m, Jain N, Robinson JK. Comportamientos de protección solar en Head Start y otros programas de educación infantil en Illinois. *JAMA Dermatol* [internet]. 2018 [consultado 25 de marzo de 2024]; 154(3): 336-340. Disponible en: [doi:10.1001/jamadermatol.2017.5257](https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2017.5257)
- ²³ . Gobierno de Aragón. Educación para la salud en la escuela. Curso escolar 2023-2024. [sitio web]. Septiembre 2023 [consultado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.aragon.es/-/promocion-de-la-salud-en-la-escuela>
- ²⁴ Gilaberte Y, Alonso JP, Teruel MP, Granizo C, Gállego J. Evaluación de una intervención de promoción de la salud para la prevención del cáncer de piel en España: el programa SolSano. *Promoción de la Salud Internacional* [internet]. 2008 [consultado 25 de marzo de 2024]; 23(3): 209-219. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapro/dan020>
- ²⁵ Ramírez A. Programa de Fotoeducación Infantil "Convive con el Sol". Agencia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) [sitio web]. Julio 2017 [consultado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://aedv.es/programa-de-fotoeducacioninfantil-convive-con-el-sol/>
- ²⁶ Fundación Piel Sana de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Convive con el Sol. Guías didácticas, materiales educativos [sitio web]. 2021 [consultado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://conviveconelsol.es/materiales-educativos/>

Otros aspectos:

Nivel de conocimientos del personal de enfermería acerca del traspaso de información a pie de cama en dos unidades de cuidados críticos de un hospital de tercer nivel.

ID Comunicación: 210

Tipo de comunicación: Póster

Paredes Garza, F.; Mora Lopez, G.; Lazaro Pérez, E.; Rincón Domínguez, R.; Hernández Muñoz, S.; Muñoz Muñoz, D.; González Fernández, R.; Presa Vázquez, E.

Autor Principal:

Nombre y Apellidos: Francisco Paredes Garza
Centro de trabajo: Hospital Universitario La Paz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3813-4509>

Co-autores:

Nombre y apellidos: Gerard Mora López

Centro de trabajo: Universitat Rovira i Virgili

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3152-3360>

Nombre y apellidos: Esther Lázaro Pérez

Centro de trabajo: Universidad Internacional de Valencia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9334-8687>

Nombre y apellidos: Debora Muñoz Muñoz

Centro de trabajo: Hospital Universitario La Paz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2082-400X>

Nombre y apellidos: Raquel Rincón Rodríguez

Centro de trabajo: Hospital Universitario La Paz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2801-1986>

Nombre y apellidos: Sandra Hernández Muñoz

Centro de trabajo: Hospital Universitario La Paz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1839-1655>

Nombre y apellidos: Esther Presa Vázquez

Centro de trabajo: Hospital Universitario La Paz

Nombre y apellidos: Roberto González Fernandez

Centro de trabajo: Hospital Universitario La Paz

Palabras clave: seguridad, traspaso de información, enfermería

Introducción: El traspaso de información a pie de cama es una de las propuestas de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR) para mejorar la seguridad y calidad de transmisión de la información entre el personal de enfermería (PE).

Objetivo: El objetivo es determinar el nivel de conocimientos del PE sobre la metodología citada.

Metodología: Estudio descriptivo transversal (junio–septiembre 2022) realizado al PE de dos unidades de cuidados críticos de un hospital de tercer nivel según los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Instrumento de medición: cuestionario ad hoc de 10 preguntas acerca de esta tipología de traspaso (seguridad, beneficios, desventajas y limitaciones) para valorar el nivel de conocimientos. El sistema de calificación se basó en 4 puntos de corte según las respuestas correctas resultantes: bajo(<5) aceptable(5–6), notable(7–8) o sobresaliente(>8). Análisis descriptivo y comparativo mediante frecuencias absolutas y la prueba de chi cuadrado ($p < 0,05$) entre ambas unidades.

Resultados: 114 profesionales de enfermería cumplieron el cuestionario (N= 69 UCI/45 Quemados). El 72,8% fueron mujeres, con una moda de edad de 31–40 años y de experiencia en críticos de <5 años. El 55,3% tuvo un nivel aceptable de conocimientos, no superando la calificación mínima el 24,6% de los participantes. Aunque el 64,4% nunca recibió formación específica sobre el traspaso de información, el 62,3% refiere hacerlo en base a una metodología de traspaso. El 92,1% coinciden que el proceso comunicativo interfiere en la seguridad del paciente, sin embargo, el 88,6% infravaloran el riesgo que la comunicación ineficaz. No hubo diferencias estadísticamente significativas de conocimientos entre ambas unidades.

Discusión: Evaluar el conocimiento sobre la transferencia de información entre profesionales de enfermería permite identificar puntos críticos (realizando intervenciones formativas para paliarlos), mejorar la continuidad del paciente (mediante procesos de estandarización que permitan una comunicación eficaz) y aumentar la eficiencia operativa (librando tiempo para una atención directa de los pacientes).

Conclusiones: Aunque el nivel de conocimientos sobre esta tipología de traspaso es aceptable, es necesario concienciar al PE de la importancia que tiene una adecuada transmisión de información en unidades de alta complejidad.

Bibliografía:

- 1 Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital survey on patient safety culture: 2014 user comparative database report.
- 2 Agency for Healthcare Research and Quality. Nurse Bedsife Shift Report. Implementation Handbook: guide for patient. Dec 2017
- 3 Pérez-Castro JA, Esparza CMJ, Martínez LDO et al. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. Revista CONAMED. 2014; 19(2): 52-58
- 4 Guevara Lozano M, Arroyo Maries LP. El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2015 Ene; 14(37): 401-418.
- 5 Nacioglu A. As a critical behavior to improve quality and patient safety in health care: speaking up! Safety in Health. 2016; 2(1)

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Estudio perteneciente a un proyecto de investigación de carácter mixto con aprobación del CEIm del Hospital Universitario La Paz (PI-5407) y la Universitat Rovira i Virgili (CEIPSA-24-TD-0001). No requirió CI de los participantes

Palabras clave: seguridad, traspaso de información, enfermería

Bibliografía:

- ¹ Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital survey on patient safety culture: 2014 user comparative database report.
- ² Agency for Healthcare Research and Quality. Nurse Bedsife Shift Report. Implementation Handbook: guide for patient. Dec 2017
- ³ Pérez-Castro JA, Esparza CMJ, Martínez LDO et al. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. Revista CONAMED. 2014; 19(2): 52-58
- ⁴ Guevara Lozano M, Arroyo Maries LP. El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2015 Ene; 14(37): 401-418.
- ⁵ Nacioglu A. As a critical behavior to improve quality and patient safety in health care: speaking up! Safety in Health. 2016; 2(1)

Otros aspectos:

Percepción de estrés y nivel de cortisol salival previos a pruebas evaluativas en alumnos de Enfermería y Fisioterapia

ID Comunicación: 326

Tipo de comunicación: Póster

Fernández Domínguez, J. C.; Molina Mula, J.; González Trujillo, A.; Bosch Donate, E.; Pades Jiménez, A.; Romero Franco, N.

Título: Percepción de estrés y nivel de cortisol salival previos a pruebas evaluativas en alumnos de Enfermería y Fisioterapia

Autoría:

Juan Carlos Fernández-Domínguez^{1,2}, Jesús Molina-Mula^{1,2}, Antonio González-Trujillo¹, Elisa Bosch-Donate¹, Antonia Pades-Jiménez¹, Natalia Romero-Franco^{1,2}.

Juan Carlos Fernández-Domínguez. <https://orcid.org/0000-0001-7771-6814>

Jesús Molina Mula. <https://orcid.org/0000-0002-5789-1313>

Antonio González-Trujillo <https://orcid.org/0000-0002-4938-1014>

Elisa Bosch-Donate. <https://orcid.org/0000-0003-0991-7635>

Antonia Pades-Jiménez. <https://orcid.org/0000-0002-8609-898X>

Natalia Romero-Franco. <https://orcid.org/0000-0002-8760-1348>

¹Nursing and Physiotherapy Department, University of the Balearic Islands, Crta de Valldemossa, Km 7.5, 07122 Palma de Mallorca, Spain.

²Health Research Institute of the Balearic Islands (IdISBa), Palma de Mallorca, Spain.

Palabras clave:

Estrés fisiológico; estrés psicológico; estudiantes; ciencias de la salud

Contexto: El estrés es común entre el estudiantado universitario de Ciencias de la Salud y acaba deteriorando la calidad de vida¹ y los resultados académicos de quienes lo padecen². Es necesario describir los niveles de estrés, tanto percibido como fisiológico, y explorar los factores asociados para identificar aquellos prioritarios en los que aplicar intervenciones de control de estrés.

Objetivo: Describir el estrés percibido y fisiológico previos a la primera prueba evaluativa teórica del periodo complementario de 2º semestre, evaluando la influencia de variables sociodemográficas y académicas, de estudiantes de grado de Fisioterapia y Enfermería.

Métodos: Se realizó un estudio piloto observacional descriptivo con alumnado de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de las Islas Baleares. Se empleó un muestreo no probabilístico de voluntarios, con estudiantes matriculados en, al menos, el 80% de la carga lectiva del curso académico. Un mes antes de la prueba evaluativa, se recogieron variables

sociodemográficas y académicas (edad, sexo, calificación promedio de la titulación, grado y curso) mediante cuestionario anónimo online, así como el estrés percibido, mediante el cuestionario de estrés académico en universitarios (versión reducida de 21 ítems)³. Diez minutos antes de la primera prueba evaluativa del semestre, se midió el cortisol salival ($\mu\text{g}/\text{dl}$) como medida del estrés fisiológico. Al finalizar, los participantes informaron sobre la creencia de calificación obtenida en la prueba (0 a 10 puntos). Se realizó análisis descriptivo de todas las variables, y análisis diferencial de las variables sexo, grado, curso académico y calificación promedio en la titulación, tanto respecto al grado de estrés percibido como al nivel de cortisol salival mediante la prueba t de Student para muestras independientes/ANOVA de un factor ó U Mann-Whitney/prueba de Kruskal-Wallis. También, se analizaron las correlaciones entre edad y creencias sobre calificación mediante coeficiente de correlación de Pearson o tau-b de Kendall.

Resultados: Doce estudiantes finalizaron el estudio (83,3% mujeres; 25% Enfermería). En la percepción de estrés, se obtuvo una media de 30,0 puntos, desviación estándar (DE) = 5,9 puntos, intervalo de confianza (IC) 95%=[26,3-33,7]. La mediana de cortisol salival fue de 6,75 $\mu\text{g}/\text{dl}$, RIC=[4,85-19,30]. Se hallaron diferencias significativas según el sexo (Student's $t=2,367$, $df=10$, $p=0,039$), con mayor nivel de estrés en las alumnas. No se encontraron diferencias según grado (Enfermería vs Fisioterapia) ($p=0,581$), curso ($p=0,770$) o calificación promedio de la titulación ($p=0,490$). No se hallaron correlaciones entre la edad ($\rho=0,075$, $p=0,817$) o las creencias sobre cualificación ($\rho=0,062$, $p=0,849$) con el estrés percibido ($p>0,05$). No se encontraron diferencias significativas ni correlaciones entre las variables analizadas y los niveles de cortisol salival ($p > 0,05$).

Discusión: El principal hallazgo de este estudio mostró el sexo como el único factor relacionado con el estrés percibido, siendo las mujeres las más afectadas. Estos resultados apoyan estudios previos en los que las mujeres muestran diferentes formas de reacción y afrontamiento al estrés, así como mayores niveles⁴. Sin embargo, en la literatura científica existen resultados contradictorios respecto a la influencia de esta variable⁵. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

Implicaciones para la práctica clínica: Es necesario diseñar estrategias de afrontamiento al estrés diferenciadas y específicas para las estudiantes, teniendo en cuenta los mayores niveles y diferencias en la percepción del mismo⁶.

Palabras clave: Estrés fisiológico; estrés psicológico; estudiantes; ciencias de la salud

Bibliografía:

¹ Castrillón, E., Sarsosa-Prowesk, K., Moreno-Gomez, F., & Moreno-Correa, S. (2015). Estrés académico y sus manifestaciones inmunológicas: La evidencia de la psico-neuro-endocrino-inmunología. *Salutem Scientia Spiritus*, 1(1), 16-28.

² Jayanthi P, Thirunavukarasu M, Rajkumar R. Academic stress and depression among adolescents: a cross-sectional study. *Indian Pediatr.* 2015 Mar 8;52(3):217-9. doi: 10.1007/s13312-015-0609-y.

³ Barraza-Macías, A. Inventario SISTémico Cognoscitivista para el estudio del estrés académico. Segunda versión de 21 ítems; Books ECORFAN: Durango, México, 2018; ISBN 9786078534807

⁴ Verma, R., Balhara, Y. P. S., & Gupta, C. S. (2011). Gender differences in stress response: Role of developmental and biological determinants. *Industrial psychiatry journal*, 20(1), 4-10

⁵ Li ZS, Hasson F. Resilience, stress, and psychological well-being in nursing students: A systematic review. *Nurse Educ Today.* 2020 Apr 19;90:104440. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104440

⁶ Turner K, McCarthy VL. Stress and anxiety among nursing students: A review of intervention strategies in literature between 2009 and 2015. *Nurse Educ Pract.* 2017;21-29. doi: 10.1016/j.nepr.2016.11.002.

Otros aspectos:

EDUCACIÓN Y EQUIDAD: ESTRATEGIAS DE FORMACIÓN PARA FUTUROS TRABAJADORES DE LA SALUD EN BAHÍA, BRASIL.

ID Comunicación: 439

Tipo de comunicación: Póster

Santos Pinheiro, A. L.; Teles Monteiro, N. M. A.; Silva Barros, D. O.; Lima Maciel, C.; Fontana, R.; Oliveira, C. V.; Neves, N. M. S. D. S.; Setenta, A. M.

EDUCACIÓN Y EQUIDAD: ESTRATEGIAS DE FORMACIÓN PARA FUTUROS TRABAJADORES DE LA SALUD EN BAHÍA, BRASIL.

Alba Lúcia Santos Pinheiro¹ e-mail albapinheiro@uesc.br

<https://orcid.org/0000-0003-4481-1369>

Nayara Mary Andrade Teles Monteiro²

<https://orcid.org/0000-0003-0160-962X>

Dejeane Oliveira Silva Barros³

<https://orcid.org/0000-0002-1798-3758>

Chandra Lima Maciel⁴

<https://orcid.org/0009-0000-5922-2845>

Renato Fontana⁵

<https://orcid.org/0000-0003-2541-9919>

Carlos Vitorio Oliveira⁶

<https://orcid.org/0000-0002-5934-8955>

Naiara Maria Santana dos Santos Neves⁷

<https://orcid.org/0000-0002-6477-0835>

Aline Maron Setenta⁸

<https://orcid.org/0000-0001-7572-0959>

1,2,3,4,5,6,7,8 Universidad Estadual de Santa Cruz. Ilhéus-BA, Brasil.

Palabras clave: Equidade; Futuros trabajadores de la salud; Educación a través del trabajo; Prevención del acoso.

La educación permanente en salud propone desarrollar competencias en la perspectiva enseñanza-servicio-comunidad para reducir las desigualdades, incluyendo raza, etnia, género y otros. La Universidad Estatal de Santa Cruz (UESC), ubicada en Ilhéus, en el sur de Bahía - Brasil. Su área de cobertura abarca varios municipios con sistemas que aún son frágiles en términos de políticas de equidad. En mayo de 2024, surge el Programa Educación a través del Trabajo en Salud - Equidad,

financiado por el Ministerio de Salud de Brasil. Está dirigido a los trabajadores y futuros trabajadores de la salud a través de una agenda de Equidad que articula instituciones, movimientos sociales y una red de protección/apoyo. Factible en el ámbito del trabajo en salud a través de la atención colaborativa de los cursos de Enfermería, Biomedicina, Medicina, Ciencias Sociales y Derecho.

OBJETIVO es relatar experiencias de educación a través del trabajo para la salud, a través de la educación permanente para el desarrollo de competencias y habilidades orientadas a la equidad de género, identidad de género, sexualidad, raza, etnia e inclusión de las personas con discapacidad y valorando a los trabajadores y futuros trabajadores en el sistema de salud, desde una perspectiva interprofesional.

MÉTODO utilizado es la problematización que ocurre en 5 Grupos de Aprendizaje Tutorial, en los cuales 3 están ubicados en las ciudades de Ilhéus y 2 en Itabuna. Los grupos se dividen en 3 ejes temáticos: 1 – Valorización de los trabajadores y futuros trabajadores en el ámbito de la salud, Género, Identidad de Género, Sexualidad, Raza, Etnia, Discapacidad e interseccionalidades en el trabajo en salud; 2 – Valorar en la salud mental y contra la violencia laboral; 3 – Acoger y valorar en el proceso de maternidad, acogida y valoración de las mujeres, hombres trans y personas embarazadas¹.

RESULTADOS en el primer mes de inicio y en los días siguientes, revelan una ceremonia de apertura, con la recepción e integración de tutores docentes, estudiantes, preceptores y consejera de los servicios de salud, ingreso y reconocimiento del campo/territorio. Se inició un diagnóstico situacional, con datos cuantitativos y cualitativos de las trabajadoras de la red de salud de los municipios involucrados, que contenían variables relacionadas con el género, la raza, la discapacidades y otros. Hubo varios encuentros de discusión sobre la educación para las relaciones raciales, la equidad y la ciudadanía, diálogos sobre género y sexualidad. Se realizó el envío y aprobación de resúmenes para el 30º Seminario de Iniciación Científica y Extensión de la UESC. Hay un grupo de estudio que promueve discusiones sobre los contenidos estructurales del programa, cuya dirección es reflexionar sobre las potencialidades y desafíos sobre la equidad en el mundo del trabajo en salud.

DISCUSIÓN: el Programa es aún nuevo, pero ya hay un impacto positivo en el fortalecimiento de la educación para la salud, considerando las prácticas que fomente la prevención de las desigualdades y el combate al acoso en la perspectiva de la equidad de género, la identidad de género, la sexualidad, la raza, la etnia y las personas con discapacidad. En consecuencia, por la transformación de las estructuras sexistas, racistas, misóginas, capacitistas, homolesbotransfóbicas que operan en la división del trabajo. Así, el Programa continuará hasta 2026 y desde sus inicios ya apuntó a la promoción del cambio en la educación para la salud, considerando que hay avances en las ciudades de Ilhéus e Itabuna. Las personas involucradas están contribuyendo a la mejora de los entornos de trabajo en salud, actuando en la prevención de injusticias sociales.

Los autores declaran que el estudio está exento de la aprobación del Comité de Ética en la Investigación con Seres Humanos, ya que se trata de un Informe de Experiencias de un Programa. Declaran que no tienen conflictos de intereses y que en el proceso de redacción no se utilizaron tecnologías de Inteligencia Artificial.

Referencia bibliográfica

¹Ministério da Saúde (BR), Gabinete Ministro Saúde. Portaria N°230 de 7 de março de 2023. Institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União [Internet]. 2023 Mar 08. [cited 2024 Set 5]; Seção 1(107):46 Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-230-de-7-de-marco-de-2023-468487936>.

Palabras clave: Futuros trabajadores de la salud; Equidad; Educación a través del trabajo.

Bibliografía:

¹ Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M.. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 14(1), 41–65. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>

Otros aspectos:

Efectos de la metformina en la función cognitiva de adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2: Papel de la edad y el sexo.

ID Comunicación: 373

Tipo de comunicación: Póster

CANTÓN HABAS, V.; CARRERA GONZÁLEZ, M. DEL P.; SÁNCHEZ JIMÉNEZ, F. J.

Objetivos: Identificar la posible relación existente entre el consumo de metformina, deterioro cognitivo e influencia del sexo y la edad en adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2).

Métodos: Estudio transversal realizado entre los meses de enero y abril de 2024 en 258 pacientes diagnosticados de DMT2 seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple de entre aquellos que se encontraban en seguimiento dentro del Proceso Asistencial Integrado de Diabetes Mellitus. El ámbito de estudio fue la Zona Básica de Salud de Peñarroya-Pueblonuevo, provincia de Córdoba. Se recogieron variables sociodemográficas, antecedentes clínicos y tratamiento con metformina mediante entrevista a los individuos y revisión de la historia clínica. El análisis estadístico, tanto descriptivo como bivariante, se realizó con el programa SPSS en su versión 22. En referencia a la aprobación del comité de ética, el presente estudio cuenta con su visto favorable, así como de los consentimientos informados de cada paciente, previa información del estudio.

Resultados: Respecto a las características de los participantes, el 41,09% (n=106) eran mujeres, cuya edad media fue de 71,27 (DS=6,1) años y un 58,91% (n=152) hombres, con una edad de 68,74 (DS=6,12) años. Del total de participantes, el 68,09% (n=147) estaban casados, el 6,02% (n=13) estaban solteros, el 5,56% divorciados-separados (n=12) y el 20,37% (n=44) viudos.

En cuanto a los antecedentes clínicos, el 5,04% (n=13) tenían un diagnóstico de deterioro cognitivo, de los cuales el 61,54% (n=8) eran mujeres. En este sentido, la puntuación del cuestionario Mini-Mental fue de 28,36 (2,16) puntos. Así, la función cognitiva, según el citado cuestionario, también se relacionó de forma significativa con el sexo (p=0,04), obteniendo las mujeres una puntuación de 28,05 (DS=2,31), mientras que los hombres 28,57 (DS=2,02). Además, la edad interfirió en la aparición de deterioro cognitivo (p=0,002; r²=3,75%), cuya ecuación de la recta fue: Edad=69,50+5,49*Deterioro cognitivo.

Por otro lado, el 73,64% (n=190) tenía prescrito metformina, con una dosis media de 1720,53 (DS=433,91) mg/día, con un mínimo de 425 y un máximo de 2550 mg/día. Además, el 74,42% (n=192) tomaba otro antidiabético oral y el 20,54% (n=53) se administraba insulina. Los sujetos con tratamiento de metformina presentaron una puntuación en el cuestionario Mini-mental de 28,61 (DS=1,97) frente a los 27,68 (DS=2,5) de los que no tenían este tratamiento prescrito (p=0,002). El estudio de la relación entre la prescripción de otros antidiabéticos orales (p=0,54) e insulina con la función cognitiva (n=0,72), no resultó ser significativa.

Discusión: Los hallazgos del estudio describen un efecto positivo del consumo de metformina sobre la función cognitiva en pacientes con DMT2. La literatura científica sugiere que estos resultados podrían explicarse por el mecanismo de acción de la metformina, que incluye la mejora de la respuesta celular mediada por los transportadores de glucosa tipo 4 (GLUT4) y el aumento de la sensibilidad a la insulina. Este efecto, junto a su papel en la reducción del estrés oxidativo, podría ser explicado porque tanto el metabolismo adecuado de la insulina como el equilibrio del estado redox son fundamentales para la función cerebral. En conclusión, la relación entre el tratamiento con metformina, la edad y el sexo en el deterioro cognitivo destaca la importancia de un enfoque individualizado en el manejo de la diabetes. Por tanto, el papel de enfermería para llevar a cabo esta individualización es fundamental, ya que dentro de sus funciones se encuentra la educación, control glucémico y el apoyo psicológico y motivacional al paciente, así como la coordinación con otros profesionales sanitarios desde un enfoque multidisciplinar, todo ello con el fin de minimizar el riesgo tanto de la diabetes como del deterioro cognitivo.

Para concluir, no hubo conflicto de interés por parte de los autores y no se utilizó inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: - **DIABETES TIPO 2.**
- **METFORMINA.**
- **DETERIORO COGNITIVO.**

Bibliografía:

- ¹ Zhang J-H, Zhang X-Y, Sun Y-Q, Lv R-H, Chen M, Li M. Metformin use is associated with a reduced risk of cognitive impairment in adults with diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Front Neurosci* 2022;16:984559. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.984559>
- ² He Y, Li Z, Shi X, Ding J, Wang X. Metformin attenuates white matter injury and cognitive impairment induced by chronic cerebral hypoperfusion. *J Cereb Blood Flow Metab* 2023;43:78–94. <https://doi.org/10.1177/0271678X231175189>
- ³ Zhang Q-Q, Li W-S, Liu Z, Zhang H-L, Ba Y-G, Zhang R-X. Metformin therapy and cognitive dysfunction in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis and systematic review. *Medicine (Baltimore)* 2020;99:e19378. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019378>
- ⁴ Aderinto N, Olatunji G, Kokori E, Fawehinmi P, Moradeyo A, Igwe S, et al. Metformin mitigates dementia risk among individuals with type 2 diabetes. *Clin Diabetes Endocrinol* 2024;10:10. <https://doi.org/10.1186/s40842-024-00168-7>
- ⁵ Doran W, Tunnicliffe L, Muzambi R, Rentsch CT, Bhaskaran K, Smeeth L, et al. Incident dementia risk among patients with type 2 diabetes receiving metformin versus alternative oral glucose-lowering therapy: an observational cohort study using UK primary healthcare records. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2024;12:e003548. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2023-003548>
- ⁶ Rosell-Díaz M, Fernández-Real JM. Metformin, Cognitive Function, and Changes in the Gut Microbiome. *Endocr Rev* 2024;45:210–26. <https://doi.org/10.1210/edrv/bnad029>
- ⁷ Zhu X, Shen J, Feng S, Huang C, Wang H, Huo F, et al. Akkermansia muciniphila, which is enriched in the gut microbiota by metformin, improves cognitive function in aged mice by reducing the proinflammatory cytokine interleukin-6. *Microbiome* 2023;11:120
- ⁸ Peng L, Fang X, Xu F, Liu S, Qian Y, Gong X, et al. Amelioration of Hippocampal Insulin Resistance Reduces Tau Hyperphosphorylation and Cognitive Decline Induced by Isoflurane in Mice. *Front Aging Neurosci* 2021;13:686506. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.686506>
- ⁹ Wu C-Y, Ouk M, Wong YY, Anita NZ, Edwards JD, Yang P, et al. Relationships between memory decline and the use of metformin or DPP4 inhibitors in people with type 2 diabetes with normal cognition or Alzheimer's disease, and the role APOE carrier status. *Alzheimers Dement* 2020;16:1663–73. <https://doi.org/10.1002/alz.12161>
- ¹⁰ Michailidis M, Tata DA, Moraitou D, Kavvas D, Karachrysafi S, Papamitsou T, et al. Antidiabetic Drugs in the Treatment of Alzheimer's Disease. *Int J Mol Sci* 2022;23:4641. <https://doi.org/10.3390/ijms23094641>
- ¹¹ Liao W, Xu J, Li B, Ruan Y, Li T, Liu J. Deciphering the Roles of Metformin in Alzheimer's Disease: A Snapshot. *Front Pharmacol* 2021;12:728315. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.728315>

Otros aspectos:

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

ID Comunicación: 398

Tipo de comunicación: Póster

MORENO RUBIO, F.; HERNANDEZ SAMBRANO, S. M.

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

Fanny Moreno Rubio, Docente investigadora especialización enfermería nefrológica del adulto, Sandra Milena Hernández Zambrano, Profesora investigadora asociada Facultad de enfermería, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud (FUCS), Bogotá Colombia.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad renal crónica es un problema de salud pública con una incidencia y prevalencia crecientes. Dentro de las terapias de reemplazo está el trasplante renal que requiere tratamientos específicos, por lo cual el equipo de salud debe asegurar una adecuada calidad de vida y disminuir la baja adherencia. **Objetivo** identificar las recomendaciones para mejorar la adherencia terapéutica a partir de las experiencias de pacientes y cuidadores. **Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico en una unidad de trasplante renal de Bogotá, participaron pacientes adultos con más de 6 meses de trasplante y sus cuidadores. El estudio aplicó una estrategia de grupo focal con participación de forma voluntaria, se recopiló información que fue analizada con el método de Taylor-Bogdan. **Resultados:** En el grupo focal participaron 3 pacientes y 2 cuidadoras femeninas, de los resultados emergieron tres categorías: Experiencias del paciente, Prácticas de Autocuidado (conocimientos, habilidades y aptitudes) y Aceptabilidad e impacto de recomendaciones. **DISCUSIÓN.** La adherencia al tratamiento post trasplante es de gran relevancia en el éxito del mismo, desde las experiencias del paciente se vio generar conciencia del nuevo órgano y su cuidado, situación desde diferentes visiones donde el paciente y el cuidador ven el órgano recibido como un regalo que se debe cuidar, validado desde la teoría del Gift-Exchange, propuesta por Mauss, donde resaltan la diferencia del receptor de donante cadavérico y donante vivo, en el segundo caso interfiere el sentimiento de deuda y miedo por la salud del otro. A partir de la concientización que tiene el nuevo órgano recibido nacen las buenas prácticas de autocuidado, se identificaron tres aspectos el conocimiento, las habilidades y aptitudes, apoyadas desde la teoría de Roy y Orem, estos modelos permiten generar mayor conocimiento y seguridad en los pacientes y cuidadores para cuidar de sí mismo a partir del conocimiento ya existente y los brindados por los profesionales. Es importante el rol del personal de salud al educar, generar conocimientos claros que permitan al paciente asimilar dichos procesos y por consiguiente adherencia al tratamiento, también se identificó la importancia de las creencias religiosas, sin embargo se evidencian investigaciones que lo abordan desde la perspectiva de un trato más humano al ver al paciente de forma holística, no obstante desde ambas perspectivas las creencias aportan al proceso de los pacientes y cuidadores dando esperanza, fortaleza, confianza y paz. Así mismo estas recomendaciones del equipo multidisciplinario en especial el personal de enfermería es fundamental para la adherencia al tratamiento, se requiere que esté capacitado y tenga las competencias para brindar cuidados óptimos de fácil aceptabilidad y aplicación para el paciente y su familia. Por otro lado, se encontraron dos estudios con la aplicación de herramientas tecnológicas, una app llamada salud renal que los pacientes y cuidadores podían consultar tuvo buena aceptabilidad, pero poco uso asociado a la falta de difusión o tener que ingresar datos o adquirir online, de igual forma el otro estudio analiza la complejidad del uso de estas herramientas y cómo adaptarlas a cada paciente.

Palabras clave: trasplante renal, adherencia al tratamiento, autocuidado

Bibliografía:

¹ Samantha MC. La enfermedad renal crónica, un problema de salud a nivel mundial. En: aniversario cimeq 2023. 2023. Disponible en: <https://eventoscimeq.sld.cu/index.php/cimeq/aniversariocimeq2023/paper/viewPaper/116>

² Capistrano-Teixeira-Rocha C, Pereira-da Silva AB, Silva-Farias VA, França de- Menezes H, D'Eça-Junior A, Rosendo da-Silva RA. Trasplante renal y cuidados de enfermería a la luz de la Teoría de Roy. Index Enferm [Internet]. 2022 [citado el 21 de agosto de 2023];31(3):194–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962022000300012&script=sci_arttext

- ³ Kasiske BL, Zeier MG, Chapman JR, Craig JC, Ekberg H, Garvey CA, Green MD, Jha V, Josephson MA, Kiberd BA, Kreis HA, McDonald RA, Newmann JM, Obrador GT, Vincenti FG, Cheung M, Earley A, Raman G, Abariga S, Wagner M, Balk EM. Guías de Práctica Clínica KDIGO: el cuidado del receptor de trasplante renal. *Rev Nefrol Dial Traspl*. [Internet]. 2 de marzo de 2011 [citado 30 de enero de 2024];31(1):6-21. Disponible en: <https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/239>
- ⁴ Ruiz Calzado MR. La adherencia terapéutica en el paciente trasplantado renal. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2014 [citado el 31 de enero de 2024];16(4):258–70. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000400007
- ⁵ Oliveira JGR de, Sanders-Pinheiro H, Freitas Filho RA de, Vasconcelos Filho JE, Askari M, Silva Júnior GB da. Evaluation of the use of a Renal Health application by kidney transplant recipients. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2023 [citado el 31 de enero de 2024];31:e3822. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9JGQKCPpZ3cCbfCW7Bhk7hC/?lang=en>
- ⁶ Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev médica electrón* [Internet]. 2014 [citado el 10 de febrero de 2024];36(6):835–45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lang=es
- ⁷ (9) del Mar VGM, Beatriz PG. La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería [Internet]. *Redalyc.org*. [citado el 11 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4138/413835199009.pdf> Ramírez Palma A, Freire Vicencio R, González Nahuelquin C. Cuidados del trasplantado renal en cuidados intensivos según el Modelo de Adaptaci
- ⁸ Fuica, S. y PalaciosEspinosa, X. (2016). Significados atribuidos por el paciente trasplantado al órgano recibido, al donante, a la vida y a la muerte. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 19-32. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI14-2. sap
- ⁹ Díaz Rivadeneira J, Muñoz de Aguas SD, Rodríguez Castro NP, Suárez Rodríguez JC, Toscano Molina MJ. Propuesta de intervenciones para mejorar habilidad de cuidado, automanejo, capacidad de autocuidado y calidad de vida de cuidadores de pacientes crónicos. *Universidad del Norte*; 2021.

Otros aspectos: .

.

“SALUD ENTRE REJAS: LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES DE LOS INTERNOS DE UN CENTRO PENITENCIARIO”

ID Comunicación: 137

Tipo de comunicación: Póster

González González, T.; Hernández Ovejero, H.; Corral García, S.; Martín Mendoza, M.; Luque Bravo, P.; Miana Ortega, M.; Jiménez García, E.; Chamorro Rebollo, E.

González González T* (ORCID: 0009-0000-4081-7945), Hernández Ovejero H* (ORCID: 0009-0004-8669-4599), Corral García S* (ORCID: 0009-0001-7493-256X), Martín Mendoza M*, Luque Bravo P*, Miana Ortega M* (ORCID: 0000-0002-0801-8024), Jiménez García E* (ORCID: 0000-0002-6376-9779), Chamorro Rebollo E* (ORCID: 0000-0001-8515-5471) *Facultad de Enfermería y Fisioterapia “Salus Infirmorum”. Universidad Pontificia de Salamanca

Objetivos: Las patologías cardiovasculares y respiratorias, la diabetes mellitus y el cáncer son las principales enfermedades crónicas no transmisibles en el medio comunitario, teniendo una alta prevalencia y una tasa de mortalidad significativa. Hay un subgrupo de la población, los internos de los centros penitenciarios, en los que se constata un escaso conocimiento sobre dichas enfermedades. Se establece como objetivo del estudio describir la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular y de las enfermedades crónicas no transmisibles que presentan los internos del Centro Penitenciario Madrid III (Valdemoro, Comunidad de Madrid).

Métodos: Estudio observacional descriptivo, de carácter transversal con metodología cuantitativa, a través de un cuestionario de elaboración propia que fue heteroadministrado y que se distribuyó entre los residentes del Centro Penitenciario Madrid III, que cumplían los siguientes criterios de inclusión: varón, con edad mínima de 21 años, internado en régimen ordinario y con un periodo mínimo de estancia de 6 meses en prisión.

Resultados: Se obtuvieron un total de 322 cuestionarios válidos que permitieron alcanzar la representatividad estadística de la muestra. Atendiendo a sus características sociodemográficas, el grupo etario más frecuente era el de 31-45 años, etnia caucásica, perteneciente al ámbito urbano, con un nivel de estudios primario y un nivel económico autopercebido medio. Un 64,3% de los internos consumía tabaco, un 68,3% consumía alcohol de manera previa al ingreso y un 56% refirió ser consumidor de sustancias estupefacientes. En relación a sus patologías, el 78,6% de los participantes no presentaba ninguna enfermedad crónica no transmisible, mientras que el 6,5% padecía algún tipo de enfermedad respiratoria, un 5,3% de los internos presentaba patología cardiovascular y un porcentaje idéntico estaba diagnosticado de diabetes mellitus. El cáncer estaba presente en el 0,9% de los internos.

Discusión: A pesar de que casi la mitad de los internos tenía una edad comprendida entre 31 y 45 años, se objetivó una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, comparada con la de la población general para ese mismo rango de edad. De igual manera, presentaban más conductas perjudiciales para su salud, con mayores tasas de tabaquismo y consumo de sustancias. Solamente en relación con el consumo de alcohol, sus cifras eran equivalentes a las de la comunidad. Es probable que la influencia que ejerce su estrato social, incida no solo en sus posibilidades de acabar internos en un centro penitenciario, sino que además podría ser un claro determinante sobre su salud. Instituciones Penitenciarias no es ajena a esta situación y actualmente ya ha puesto en marcha programas de intervención, entre los que se encuentran el abordaje del alcoholismo, la drogodependencia y el tabaquismo. Aunque dichas estrategias son una realidad, aún queda un largo camino para disminuir las tasas de estas conductas perjudiciales para la salud de los internos. Por ello, la función rehabilitadora inherente a los centros, se podría potenciar con actividades de promoción de la salud y de los estilos de vida cardiosaludables.

Orozco-Beltrán D, Brotons Cuixart C, Banegas Banegas JR, Gil Guillén VF, Cebrián Cuenca AM, Martín Rioboó E, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2022. Aten Primaria [Internet]. 1 de octubre de 2022 [citado 25 de febrero de 2024];54. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-preventivas-cardiovasculares-actualizacion-papps_S0212656722001640

Mayoral Cortes JM, Aragonés Sanz N, Godoy P, Sierra Moros MJ, Cano Portero R, González Moran F, et al. Las enfermedades

crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. Marzo de 2016 [citado 11 de noviembre de 2023];30(2):154-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391111500254X>

Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora Parra LM, Casado-Hoces SV, González-Gómez JA, et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* [Internet]. 2014 [citado 9 de noviembre de 2023];16(2):38-47. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S157506202014000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Otros aspectos del trabajo:

- El estudio cuenta con el informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia de Salamanca, además de la aprobación por parte de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- Se recabó el consentimiento informado de los participantes en base a lo establecido en la Ley Orgánica 03/2018, garantizando la confidencialidad de los datos y el anonimato de los sujetos.
- Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.
- No se ha utilizado inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: Enfermedad crónica, factores de riesgo, estado de salud y Cárceles Locales.

Bibliografía:

¹ De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results* [Internet]. Enero de 2020 [citado 2 de noviembre de 2023];5(1):81-90. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2529850X2020000100081&lng=es&nrm=iso&tlng=es

² Vásquez-Morales A, Horta Roa LF. Enfermedad crónica no transmisible y calidad de vida. Revisión narrativa. *Revista Facultad Ciencias de la Salud: Universidad del Cauca* [Internet]. 2018 [citado 10 de noviembre de 2023];20(1):33-40. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6482759>

³ Orozco-Beltrán D, Brotons Cuixart C, Banegas Banegas JR, Gil Guillén VF, Cebrián Cuenca AM, Martín Rioboó E, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2022. *Aten Primaria* [Internet]. 1 de octubre de 2022 [citado 25 de febrero de 2024];54. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-preventivas-cardiovasculares-actualizacion-papps-S0212656722001640>

⁴ Mayoral Cortes JM, Aragonés Sanz N, Godoy P, Sierra Moros MJ, Cano Portero R, González Moran F, et al. Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. Marzo de 2016 [citado 11 de noviembre de 2023];30(2):154-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391111500254X>

⁵ Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JI, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2022. *Atención Primaria* [Internet]. Octubre de 2022 [citado 20 de noviembre de 2023];54:102442. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656722001627>

⁶ Añaños Bedriñana FT, Jiménez Bautista F, Añaños Bedriñana FT, Jiménez Bautista F. Población y contextos sociales vulnerables: la prisión y el género al descubierto. *Papeles de población* [Internet]. Marzo de 2016 [citado 7 de marzo de 2024];22(87):63-101. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S140574252016000100063&lng=es&nrm=iso&tlng=es

⁷ Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora Parra LM, Casado-Hoces SV, González-Gómez JA, et al. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* [Internet]. 2014 [citado 9 de noviembre de 2023];16(2):38-47. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S157506202014000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Otros aspectos:

PREVALENCIA DE DAÑO ORGÁNICO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN UNA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIESGO VASCULAR

ID Comunicación: 172

Tipo de comunicación: Póster

Benitez Calvo, C.; Fernández Souto, C.; Sepúlveda, C.; Lima Aguilera, Y.; Garcia Poch, N.; Camafort Babkowski, M.

PREVALENCIA DE DAÑO ORGÁNICO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN UNA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIESGO VASCULAR

Autores: Cristina Benitez, Carolina Fernández, Constanza Sepúlveda, Yania Lima, Nuria García, Miguel Camafort. Unidad hipertensión y riesgo vascular. Hospital Clinic. Barcelona

OBJETIVO

Evaluar la prevalencia de daño orgánico en pacientes hipertensos que acuden a una primera visita a la Unidad de HTA y riesgo vascular

Objetivos específicos:

Conocer la prevalencia de daño orgánico en pacientes hipertensos según los años de evolución de la HTA.

Identificar los factores de riesgo asociados con el daño orgánico.

Elaborar estrategias de prevención y tratamiento encaminadas a reducir el daño orgánico y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio transversal retrospectivo, en una muestra de 64 pacientes con diagnóstico de HTA que acuden a una primera visita en la Unidad de HTA de julio 2022 a julio 2023.

Se recogieron las siguientes variables: Sexo, edad, índice de masa corporal, años de evolución de la hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular asociados (diabetes, dislipemia, consumo tabaco, no actividad física regular)

Para la evaluación de daño orgánico se realizó un examen vascular que consta de una serie de pruebas como electrocardiograma (ECG), analítica, índice tobillo-brazo (ITB), velocidad de onda de pulso para valoración rigidez arterial, retinografía y valoración de aterosclerosis carotídea con ecografía carotídea.

Según guías clínicas se incluyen además pruebas más específicas como ecocardiograma, ecografía abdominal, ecografía de la arteria renal, pruebas de función cognitiva y pruebas de imagen cerebral.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS 25

RESULTADOS

De los 64 pacientes, 37 eran hombres y 27 mujeres, con una media de edad de 56.9 años, con un rango entre 24 y 87 años, el 51% con índice de masa corporal (IMC) superior a 25 Kg/m². Respecto a los factores de riesgo cardiovascular, un 48%(n=31) presentó dislipemia, 10%(n=7) eran diabéticos, 45%(n=29) fumadores/ex fumadores y 42%(n=27) no realizaba actividad física de forma habitual

Un 30.2% de pacientes presentaron placa carotídea, un 23,8% algún grado de retinopatía hipertensiva, un 8% alteración del ITB (ITB<0,9), un 37% signos de rigidez arterial, un 27.6% hipertrofia del ventrículo izquierdo y un 17% albuminuria.

De la muestra de 64 pacientes, un 37% eran de reciente diagnóstico (máximo 1 año); de ellos, un 62% presentó algún tipo de daño orgánico.

Respecto al tiempo de evolución de la HTA, en los pacientes sin daño orgánico la media fue de 5.9 años mientras que en los pacientes con algún tipo de daño orgánico fue de 11.4 años siendo la diferencia significativa ($p < 0.05$).

DISCUSIÓN

Un porcentaje elevado de pacientes hipertensos, valorados en la primera visita en la Unidad de HTA y riesgo vascular presentó daño orgánico silente.

Los pacientes de reciente diagnóstico, en ocasiones, están asintomáticos. Si no ha habido controles previos, se desconoce el periodo de tiempo que hace que conviven con cifras elevadas de presión arterial (PA) y, por lo tanto, puede existir ya daño orgánico silente.

El daño orgánico predominó en los pacientes hipertensos con más tiempo de evolución de la HTA; de ahí la importancia de la prevención y la educación sanitaria.

Todo esto implica un abordaje por parte del equipo multidisciplinar de la Unidad de HTA al paciente hipertenso, donde tiene un importante papel la educación terapéutica por parte de la enfermera experta para prevenir efectos de la HTA en el organismo.

Es conveniente elaborar intervenciones educativas para concienciar a la población en general de la importancia del control periódico de la PA para detectar precozmente la hipertensión arterial y prevenir sus posibles complicaciones.

OTROS ASPECTOS DEL TRABAJO

El Comité de Ética del centro aprobó el estudio. Otorgó una exención de consentimiento informado teniendo en cuenta el cumplimiento de aspectos éticos y legales que garantizan la confidencialidad de los datos, el riesgo mínimo para los participantes y que los pacientes no se encuentran en seguimiento.

Los autores declaramos bajo nuestra responsabilidad que no existen conflictos de intereses con otros autores o entidades científicas.

Los autores declaramos que no se ha utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: Hipertensión arterial, daño orgánico, educación terapéutica

Bibliografía:

¹ Carabaloso Recio T, Carabaloso Recio D, Álvarez Pérez R, Peláez Guerra Y, Expósito Paret E. Pacientes con enfermedad hipertensiva estudiados por posible daño subclínico. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2017; 42(1).

² Poveda García MI, del Pino y Pino MD, Alarcón Rodríguez R, Rodelo-Haad C, Parrón Carreno. El valor de la MAPA y de los parámetros de lesión subclínica de órgano diana en el diagnóstico de hipertensión refractaria. *Nefrología*. 2019;39:67–72.

³ Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: Modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*. 2020 May;73(5): 403.e1–70.

⁴ Gorostidi M, Gijón-Conde T, de la Sierra A, Rodilla E, Rubio E, Vinyoles E, et al. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. *Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA)*. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 2022 oct;39(4):174–94.

Otros aspectos:

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON COLOSTOMÍAS O ILEOSTOMÍAS. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

ID Comunicación: 291

Tipo de comunicación: Póster

NIEVES RODRIGUEZ, C. M.; DIAZ FERRER, N.

Objetivos:

General: Determinar cómo se ve afectada la calidad de vida de un paciente que presenta una colostomía o ileostomía.

Específico: Analizar el impacto psicológico de vivir con una colostomía o ileostomía.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura científica sobre los estudios que tratan el impacto en la calidad de vida de los pacientes portadores de una colostomía o ileostomía. Esta revisión se ha llevado a cabo realizando una búsqueda mediante la evidencia científica encontrada en las principales bases de datos durante los meses de febrero a mayo del 2024 en las bases de datos Pubmed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Web of Science, Biblioteca Cochrane y Scopus. Las palabras clave utilizadas para formar las ecuaciones de búsqueda fueron los siguientes términos: Ostomía, Colostomía, Ileostomía, Calidad de vida. Para cada una de las búsquedas se utilizaron los operadores booleanos "AND" y "OR". Para llevar a cabo los objetivos planteados se formuló la pregunta de investigación PIO (Patient, Intervention, Outcomes): ¿Qué impacto en la calidad de vida sufren los pacientes portadores de una colostomía o ileostomía? Se han establecido criterios de selección descritos a continuación: Criterios de inclusión: Estudios llevados a cabo en seres humanos. Estudios realizados en pacientes portadores de una colostomía o ileostomía con una valoración de la calidad metodológica de media – alta. Paciente adulto mayor de 18 años. Se limita la búsqueda a artículos en inglés o español y publicados en los últimos 5 años. Criterios de exclusión: Artículos duplicados en las diferentes bases de datos. Artículos que traten sobre otro tipo de ostomías como yeyunostomías, urostomías y nefrostomías. Artículos que hablen sobre ostomías digestivas de alimentación como las gastrostomías. Para valorar la calidad metodológica de los artículos se ha realizado una lectura crítica con el uso de las Fichas de Lectura Crítica 3.0.

Se han examinado de forma independiente el título y el resumen de todas las citas, para su incorporación según los criterios descritos anteriormente. Se han obtenido y examinado de forma independiente los textos completos de todos los estudios potencialmente elegibles. Se han registrado los siguientes parámetros de cada artículo calificado: características básicas del estudio (autores, año, base de datos, título del artículo, diseño, nivel de evidencia, tipo de muestreo y muestra).

Resultados: Tras realizar la búsqueda bibliográfica se obtuvieron 643 artículos, en los que se aplicaron los criterios de inclusión/exclusión, y se suprimieron duplicados, obteniendo un total de 15 artículos para realizar el trabajo. Son varios estudios los que dan a conocer las puntuaciones que los pacientes con colostomías (1) o ileostomías dan sobre su calidad de vida (2) y todos los cambios experimentados tanto a nivel psicológico, en la sexualidad como en el ámbito laboral. Esta calidad de vida se puede ver modificada si existe un asesoramiento previo por parte del personal de enfermería (3,4). Ssewanyana, et al. (5) afirma en su estudio que las interacciones sociales se presentan como un factor que se ve afectado por la presencia de la colostomía o ileostomía, concluyendo que el 90.2% de los pacientes han tenido dificultados en sus actividades sociales. Estas dificultades, según Petersén, et al. (6) están relacionadas con el ruido de la ostomía y las posibles fugas, factores que producían que los pacientes sintieran vergüenza, sobre todo en lugares silenciosos. Villa, et al. (7) afirma que tener una abundante vida social era de gran importancia, y que esto favorecía la adaptación a la nueva situación de estos pacientes. Además, los pacientes que tenían un alto apoyo social y familiar presentan menores hospitalizaciones y una mayor satisfacción con su atención médica. Además, Türk, et al. (8) concluye que aquellos individuos que participaron en su estudio y que tenían un menor apoyo por parte de sus parejas, familiares y amigos, tenían un mayor sentimiento de asco producido por la ostomía. Petersén, et al. (6) concluye que los pacientes que tuvieron mayor apoyo social experimentaron mayor confianza. Este apoyo social incluía a su vez, las clases grupales en las cuales participaban algunos pacientes, donde compartían sus experiencias, o la unión a grupos de redes sociales formados por personas con ostomías.

Discusión: Tener apoyo social y familiar facilita la adaptación (9) a su nuevo estado de salud. Además, la participación en clases grupales de personas con colostomías o ileostomías, la adherencia temprana al programa del paciente activo o la unión a grupos en redes sociales de personas con ostomías también supone una mejoría (10) en su calidad de vida. Los

pacientes con ileostomías tienen peor calidad de vida que los pacientes con colostomías. La educación y asesoramiento por parte del personal de enfermería y de las enfermeras estomaterapeutas a estos pacientes provoca un mayor cuidado de la ostomía, reduciendo las visitas al servicio de urgencias, mejorando así la calidad de vida de los pacientes.

Los autores declaran que no existen conflictos de interés en relación con esta revisión.

Palabras clave: Colostomía, Ileostomía, Ostomía, Calidad de vida

Bibliografía:

- ¹ 1. La ostomía. Tipos de ostomías | Aula de Pacientes [Internet]. [citado 29 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/enfermedades/ostomias/recomendaciones-personas-ostomia/ostomia-tipos-ostomias>
- ² 2. Ketterer SN, Leach MJ, Fraser C. Factors Associated With Quality of Life Among People Living With a Stoma in Nonmetropolitan Areas. *Nurs Res* [Internet]. 2021 Jul 1 [citado 29 mayo 2024];70(4):281. doi: 10.1097/NNR.0000000000000511
- ³ 3. Cuidado y manejo de la ostomía. [citado 30 mayo 2024]; Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia_-_Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf
- ⁴ 4. Tegido M, Blanco A, Soriano-Izquierdo A. Actuaciones de enfermería en el cuidado del paciente ostomizado digestivo [Internet]. [citado 30 mayo 2024]. p. 1–13. Disponible en: <https://www.aegastro.es/documents/enfermeria/Cuidados-en-pacientes-ostomizadosdigestivos-2.pdf>
- ⁵ 5. Ssewanyana Y, Ssekitooleko B, Suuna B, Bua E, Wadeya J, Makumbi TK, et al. Quality of life of adult individuals with intestinal stomas in Uganda: a cross sectional study. *Afr Health Sci* [Internet]. 2021 Mar 1 [citado 27 mayo 2024];21(1):427. doi: 10.4314/ahs.v21i1.53
- ⁶ 6. Petersén C, Carlsson E. Life with a stoma—coping with daily life: Experiences from focus group interviews. *J Clin Nurs* [Internet]. 2021 Aug 1 [citado 27 mayo 2024];30(15–16):2309–19. doi: 10.1111/jocn.15769
- ⁷ 7. Villa G, Mannarini M, Della Giovanna G, Marzo E, Manara DF, Vellone E. A literature review about self-care on ostomy patients and their caregivers. *Int J Urol Nurs* [Internet]. 2019 Jul 1 [citado 29 mayo 2024];13(2):75–80. doi: 10.1111/ijun.12182
- ⁸ 8. Türk G, Karagözoğlu Ş, Adana F, Ülkü HH. Autonomy Levels and Professional Attitudes of Nurse Educators. *Florence Nightingale J Nurs* [Internet]. 2021 Sep 29 [citado 29 mayo 2024];29(1):22. doi: 10.5152/FNJJN.2021.20198
- ⁹ 9. Harris MS, Kelly K, Parise C. Does Preoperative Ostomy Education Decrease Anxiety in the New Ostomy Patient? A Quantitative Comparison Cohort Study. *J Wound, Ostomy Cont Nurs* [Internet]. 2020 Mar 1 [citado 30 mayo 2024];47(2):137–9. doi: 10.1097/WON.0000000000000623
- ¹⁰ 10. Teso AL, Mouriño MJF, Cruz BB, García MCV, López IJ, Soto AM. Uses and attitudes of ostomy patients in Spain (U&A Study on Ostomy). *Metas Enferm*. 2019;22(4):19–27. doi: 10.35667/MetasEnf.2019.22.1003081409

Otros aspectos:

NIVEL DE AUTOCUIDADOS DEL PIE DEL PACIENTE CON DIABETES EVALUADO MEDIANTE CUESTIONARIO DFSQ-UMA

ID Comunicación: 112

Tipo de comunicación: Póster

De Ríos Briz, N.; Almeida Prado, A. I.; Regulez Campo, V.; Fuentes de la Cuerda, M.; Mandiola López, P.; Santos Zorrozúa, B.

TÍTULO: NIVEL DE AUTOCUIDADOS DEL PIE DEL PACIENTE CON DIABETES EVALUADO MEDIANTE CUESTIONARIO DFSQ-UMA

AUTORÍA:

Nuria De Ríos Briz¹(Orcid: 0000-0003-0285-8863), Ana Isabel Almeida Prado²(0009-0008-3177-2173), Vanesa Regulez Campo²(0000-0002-1449-2371), Marta Fuentes de la Cuerda¹, Patricia Mandiola² López, Borja Santos Zorrozúa³

1. OSI Barakaldo-Sestao
2. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces
3. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia

La Diabetes Mellitus (DM) es un trastorno metabólico crónico que resulta de un defecto en la secreción de insulina, la acción de la insulina o la presencia de ambas alteraciones. Dicho trastorno se caracteriza por niveles elevados de glucosa en sangre que, con el tiempo, conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. Combinado con un flujo sanguíneo reducido, la neuropatía en los pies aumenta la posibilidad de úlceras en el pie, infección y eventual necesidad de amputación de una extremidad.

El autocuidado del pie es una herramienta fundamental de promoción de la salud y de prevención de complicaciones en el paciente con diabetes. La adherencia al autocuidado de los pies es muy variada y, en ocasiones, no se le da valor hasta que aparecen lesiones en el pie. Es por ello fundamental contar con herramientas que nos ayuden a conocer el nivel de autocuidado de los pies de los pacientes para poner en marcha medidas educativas necesarias que nos ayuden a reducir las complicaciones del pie diabético.

OBJETIVOS:

Evaluar el nivel de autocuidados del pie en pacientes con diabetes (DM1 / DM2) mediante el uso del cuestionario DFSQ-UMA (Diabetic Foot Self-Care Questionnaire of the University of Málaga) y establecer comparaciones entre las variables analizadas.

MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio descriptivo, transversal y observacional del 1 de septiembre de 2023 al 31 de marzo de 2024 entre los pacientes con Diabetes Mellitus (DM) que acuden a la consulta de enfermería del Servicio de Endocrinología de una Organización Sanitaria de Bizkaia y que cumplen los criterios de inclusión (se excluyeron pacientes con diabetes gestacional y los que presentaban barreras idiomáticas que dificultaban la comprensión del cuestionario).

Para la recogida de datos se ha utilizado el cuestionario DFSQ, además de un registro de variables sociodemográficas de los pacientes que han aceptado participar en el mismo. El cuestionario consta de 16 ítems que se agrupan en 3 dimensiones (D1: autocuidado personal, D2: autoexploración y D3: calzado y calcetines. Con respuesta de escala de frecuencias de cinco puntos mediante escala Likert, que evalúan la adecuación del comportamiento de autocuidado: (1 muy inadecuado; 2 inadecuado; 3 justo; 4 adecuado, 5 muy adecuado), excepto algunos elementos que exploraron la frecuencia de un

determinado cuidado personal (1 nunca; 2 raramente, 3 a veces, 4 a menudo, 5 siempre), siendo la puntuación máxima de autocuidado de 80 puntos y la mínima de 16.

Se ha realizado un análisis descriptivo y analítico de los datos obtenidos.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se obtuvo una muestra de 216 pacientes, de los cuales fueron válidos 208. Del total de participantes el 50,48% corresponden a mujeres. La media de edad de los pacientes fue de 57,09 años. El 41,83% de los pacientes están diagnosticados de DM1, mientras que el 58,17% restante de DM2 y la media de años de evolución de la enfermedad fue de 16 años. El 12,98% de los participantes afirman haber tenido heridas en los pies en el último año.

Se obtuvieron datos estadísticamente significativos ($p < 0.05$) en relación al género y revisión de los pies, siendo la puntuación más alta en las mujeres. Y con respecto al tipo de DM y corte y tratamiento de las uñas, siendo en los pacientes con DM2 más espaciado en el tiempo. Los pacientes que no habían presentado heridas en el último año realizaban una revisión menos frecuente de los pies.

No se encontraron diferencias significativas en relación al tipo de tratamiento de los pacientes.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio hemos obtenido una puntuación media en la escala de DFSQ de 66 puntos (subescala D1: 23, D2: 22 y D3: 21) siendo los resultados similares a otros estudios (59,07 puntos; Rodríguez Moreno et al. 2017). Aunque se ha obtenido una puntuación total favorable con respecto a la puntuación máxima (80 puntos) de autocuidado de los pies, consideramos que la educación sanitaria que realizamos las enfermeras en esta área es fundamental para prevenir futuras complicaciones.

Un 72,60% de los pacientes afirmaron contar con apoyo socio-familiar, lo que nos parece un factor importante a reseñar en una sociedad en la que la soledad no deseada es cada vez más frecuente.

Los resultados obtenidos nos han permitido adaptar la educación sanitaria a las necesidades de los pacientes y quedan abiertas nuevas líneas de investigación como la evaluación del autocuidado tras realización de un Programa Estructurado en Educación Terapéutica (PEET).

OTROS ASPECTOS:

Se obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación (CEI E23/45).

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

Las autoras niegan haber hecho uso de inteligencia artificial (IA) generativa y de tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Palabras clave: Diabetes Mellitus; Pie Diabético; Encuestas y Cuestionarios; Autocuidado; Complicaciones de la Diabetes. Diabetes Mellitus; Diabetic Foot; Surveys and questionnaires; Selfcare; Diabetes Complications

Bibliografía:

- ¹ 1. Vermeire E, Wens J, Van Royen P, Biot Y, Hearnshaw H, Lindenmeyer A. Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst. Rev. Online.* 2005;(2):CD003638
- ² 2. Navarro-Flores E, Morales-Asencio JM, Cervera-Marín JA, Labajos-Manzanares MT, Gijon-Nogueron G. Development, validation and psychometric analysis of the diabetic foot self-care questionnaire of the University of Malaga, Spain (DFSQ-UMA). *J Tissue Viability.* 2015;24:24-34. doi: 10.1016/j.jtv.2014.11.001
- ³ 3. Elías-Viramontes AC, González-Juárez L. Intervención educativa de enfermería para el autocuidado de los pies en personas que viven con diabetes tipo 2. *Aquichan.* 2018;18(3): 343-354. doi: 10.5294/aqui.2018.18.3.8

⁴ Sipilä J, Mäkelä AM, Hyytiä S, Stolt M. How to Measure Foot Self-Care? A Methodological Review of Instruments. *J Pers Med*. 2023 Feb 28;13(3):434. doi: 10.3390/jpm13030434. PMID: 36983616; PMCID: PMC10052648.

⁵ Toobert, D.J.; Hampson, S.E.; Glasgow, R.E. The summary of diabetes self-care activities measure: Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care* 2000, 23, 943–950.

⁶ Lincoln, N.B.; Jeffcoate, W.J.; Ince, P.; Smith, M.; Radford, K.A. Validation of a new measure of protective footcare behaviour: The Nottingham Assessment of Functional Footcare (NAFF). *Pract. Diabetes* 2007, 24, 207–211

⁷ 7. .Rodríguez Moreno I, Ballesteros-Mora M, Reina-Bueno M. Relación de la calidad de vida y los autocuidados podológicos con las complicaciones asociadas a la diabetes. Estudio descriptivo. *Revista Española de Podología*. 2017 Jul;28(2):66–72.

Otros aspectos:

Riesgo de diabetes mellitus tipo II en población adulta residente en España

ID Comunicación: 169

Tipo de comunicación: Póster

Aparicio Martín, A.; Martínez Martín-Luengo, M. M.; Castillo Camargo, P.; López Moreno, L.; Aprea Moreno, S.; Quintana Alonso, R.; Hernández Ovejero, H.; Jimenez Garcia, E.; Miana Ortega, M.

Riesgo de diabetes mellitus tipo II en población adulta residente en España

Andrea Aparicio Martín; María Miriam Martínez Martín-Luengo; Paula Castillo Camargo; Laura López Moreno; Sara Aprea Moreno; Raúl Quintana Alonso; Hilario Hernández Ovejero; Elena Jiménez García; María Miana Ortega.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo II; Persona de Mediana Edad; Anciano; Medición de Riesgo; Conocimientos; Actitudes y Práctica en Salud.

Objetivo: Determinar el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo II (DM tipo II) en población adulta mayor de 40 años en España

Método: Estudio descriptivo transversal de metodología cuantitativa con muestreo por conveniencia y bola de nieve, empleando dos cuestionarios heteroadministrados traducidos al español que valoran el riesgo de desarrollar DM tipo II (Canadian Diabetes Risk Questionnaire) y los conocimientos sobre ésta (Diabetes knowledge questionnaire), en adultos mayores de 40 años, sin diagnóstico de DM tipo II o prediabetes y que firmasen el consentimiento, reclutándose un total de 107 participantes. El estudio fue aprobado por el CEI de la UPSA. Los cuestionarios se desplegaron entre los meses de febrero y marzo de 2024.

Las variables sociodemográficas recogidas fueron, edad, sexo y nivel de estudios. Los resultados se analizaron con IBM® SPSS Statistics versión 22.. Para el tratamiento de las variables cualitativas se realizaron tablas de frecuencias analizadas mediante la Chi-cuadrado de Pearson. En el caso de las variables cuantitativas se obtuvieron las medidas de tendencia central. En los análisis por subgrupos para valorar diferencias en función de las variables sociodemográficas recogidas, se realizaron test paramétricos y no paramétricos. Se estableció un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significación menor o igual a 0.05.

Resultados: Participaron 107 sujetos entre los 40 y los 74 años con una distribución similar por sexo. El 57% de los participantes presentaba un riesgo moderado-alto de desarrollar DM tipo II, aumentando el mismo en hombres (43,8%) y en edades avanzadas (el 100% en personas de 65 a 74 años). No se encontró relación entre el riesgo de padecer DM tipo II autopercebido y real ($\chi^2=5,623$; 4 gl; $p=0,229$). El 19.5% de los participantes con un riesgo real alto, se autopercebieron como riesgo bajo o medio por lo que un alto porcentaje de individuos subestimaban su riesgo real. No se encontró correlación entre el conocimiento de la patología y el riesgo real. El nivel educativo de los participantes influyó en el grado de conocimiento de la patología ($p=0.02$), siendo aquellos participantes con nivel universitario los que mostraron un mayor número de aciertos (mediana: 14; RI: 2; mín. 7; máx. 17).

Discusión: La Federación Internacional Diabetes (FID) ha revelado un aumento del 42% desde 2019 de diabéticos en España, siendo alrededor de 5,1 millones de individuos, posicionándose como la segunda tasa más elevada en Europa. En España aproximadamente un tercio de la población diabética no ha recibido un diagnóstico (24).

En el momento del diagnóstico de diabetes mellitus tipo II alrededor del 40% de individuos presenta retinopatía y el 19% aterosclerosis subclínica. Haber recibido un diagnóstico precoz concedería la puesta en funcionamiento de modificaciones de vida enfocadas a ralentizar la progresión y evitar complicaciones cardiovasculares. Debido a esto es una preferencia en salud pública la detección de la diabetes mellitus tipo II no diagnosticada (25).

En definitiva se percibe un alto interés en reconocer individuos con diabetes

mellitus tipo II sin diagnosticar, ya que existe evidencia del avance rápido de

diabetes mellitus no complicada a complicada puede ralentizarse con modificaciones en el modo de vida o con intervenciones farmacológicas (26).

Otros aspectos del trabajo:

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia de Salamanca registrado en el Acta 02/02/2024 (Anexo I).

La preservación de la identidad de los participantes estuvo asegurada ya que, aun recogiendo datos personales identificativos (nombre, apellidos y DNI) en el consentimiento informado en papel, estos no formaron parte del cuestionario de salud ni por lo tanto aparecerán en la base de recogida de datos, por ello en ningún caso se pudo asociar ningún resultado a un sujeto en particular. A cada participante se le asignó un seudónimo (S1, S2, S3... de forma consecutiva) con la única intención de poder explorar la relación entre variables, en ningún caso con fin identificativo.

Asimismo, los investigadores se comprometieron a no intentar la re identificación de los sujetos, a acceder y utilizar los datos proporcionados voluntariamente por los participantes únicamente para la finalidad exclusiva de la investigación en el ámbito descrito y a guardar absoluta reserva, confidencialidad y secreto profesional respecto a todos los datos de carácter personal que conozca, y a los que tenga acceso durante la realización del trabajo y después de la finalización del mismo, teniendo dicho compromiso una duración indefinida.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses ni haber utilizado inteligencia artificial en el trabajo.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo II; Persona de Mediana Edad; Anciano; Medición de Riesgo; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud.

Bibliografía:

¹ Arrieta F, Pedro-Botet J, Iglesias P, Obaya JC, Montanez L, Maldonado GF, et al. Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular: actualización de las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Diabetes y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes (SED, 2021). *Clinica E Investig En Arterioscler* [Internet]. 1 de enero de 2022 [citado 15 de abril de 2024];34(1):36-55. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-diabetes-mellitus-riesgo-cardiovascular-actualizacion-S0214916821000978>

² Roystonn K, AshaRani PV, Siva Kumar FD, Wang P, Abdin E, Sum CF, et al. Factor structure of the diabetes knowledge questionnaire and the assessment of the knowledge of risk factors, causes, complications, and management of diabetes mellitus: A national population-based study in Singapore. Akash MSH, editor. *plos one* [Internet]. 10 de agosto de 2022 [citado 30 de octubre de 2023];17(8):e0272745. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0272745>

³ Abdulghani HM, Ahmed MM, Al-Rezqi AM, Althunayan SA, Mran AL, Alshaya AK, et al. Knowledge and awareness levels of diabetes mellitus risk factors among nondiabetic visitors of primary health care centers: a multicenter study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*

[Internet]. noviembre de 2021 [citado 11 de abril de 2024];25(22):7066-77. Disponible en:
https://doi.org/10.26355/eurrev_202111_27259

⁴ Salinero-Fort MÁ, De Burgos-Lunar C, Mostaza Prieto J, Lahoz Rallo C, Abánades-Herranz JC, Gómez-Campelo P, et al. Validating prediction scales of type 2 diabetes mellitus in Spain: the SPREDIA-2 population-based prospective cohort study protocol. *BMJ Open* [Internet]. julio de 2015 [citado 23 de abril de 2024];5(7):e007195. Disponible en:
<https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2014-007195>

⁵ Peláez DE, Acosta DLD, Carrizo ED. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2015.v41n4/o7/es>

Otros aspect

ASISTENCIA SANITARIA EN LA ESPAÑA VACIADA: EXPERIENCIAS Y VIVENCIAS DE PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES EN LA SIERRA NORTE DE GUADALAJARA

ID Comunicación: 165

Tipo de comunicación: Póster

Huerta Melián, E.; Corral García, S.; Giner Lopez, A.; Perez Manrique, I.; Cano Ballesteros, F. J.; Álvarez Menéndez, E.; Hernández Ovejero, H.; Miana Ortega, M.; Quintana Alonso, R.

Título: ASISTENCIA SANITARIA EN LA ESPAÑA VACIADA: EXPERIENCIAS Y VIVENCIAS DE PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES EN LA SIERRA NORTE DE GUADALAJARA.

Autoría: Elena Huerta Melián (<https://orcid.org/0009-0004-1503-7890>). Raúl Quintana Alonso (<https://orcid.org/0000-0002-6746-6134>). Sergio Corral García. Ana Giner Lopez. Irene Perez Manrique. Francisco Javier Cano Ballesteros. Esther Álvarez Menéndez. Hilario Hernández Ovejero. María Miana Ortega.

*Facultad Salus Infirmorum Enfermería y Fisioterapia, Madrid.

Palabras Clave: Atención a la Salud; recursos en salud; Atención Primaria de Salud; concentración demográfica.

Objetivos: El objetivo general de este estudio es conocer las experiencias y vivencias de la asistencia sanitaria en la España Vacuada. Para lograrlo se plantearon diferentes objetivos específicos; indagar acerca del modo de vida en las áreas rurales despobladas, profundizar en la disponibilidad de recursos sanitarios específicos de la zona, determinar la percepción en pacientes y profesionales sanitarios sobre el impacto en su salud en relación al sistema de salud respectivo y por último, conocer las perspectivas de futuro por parte de los participantes sobre la asistencia sanitaria en la región.

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo de metodología cualitativa a través de la selección de los participantes para realizar entrevistas semiestructuradas. Se escogieron a los participantes que viven en la zona rural y profesionales de la salud que trabajen y vivan en la misma, siguiendo los criterios de inclusión seleccionados. Se incluyeron 20 participantes con edades comprendidas entre 20 y 85 años.

Resultados: La España Vacuada revela diferentes aspectos de las zonas rurales, afectadas por la disminución de población. Los entrevistados como aspecto positivo, destacaron la cohesión social y el sentimiento de pertenencia, así como la tranquilidad y la calidad de vida del entorno rural. Sin embargo, mencionaron la migración de jóvenes en busca de oportunidades y la restricción de algunos servicios; lo que dificulta el acceso a algunos de ellos, como es el caso de la atención sanitaria.

En cuanto a la asistencia sanitaria, los participantes destacaron la relación cercana entre sanitarios y pacientes como un plus en la sanidad propia de la zona, pero también, señalaron problemas como escasez de personal, falta de especialistas, elevada distancia a hospitales en caso de urgencia y escasez de recursos diagnósticos.

Discusión: El fenómeno de la España Vacuada, se caracteriza por la despoblación en las zonas rurales debido a la migración por parte de la población a las zonas urbanas. Este fenómeno incide de manera directa en la asistencia sanitaria; creando problemas en el acceso al sistema de salud y habiendo un déficit de recursos sanitarios disponibles en la zona rural. La escasez de personal de la salud, la distancia a los hospitales de la ciudad en caso de urgencia y la falta de recursos materiales en los centros de salud impacta negativamente en la calidad de la atención sanitaria. Un problema añadido, es la alta demanda y escasez de citas, que aumentan la carga de trabajo en los centros de salud, creando un problema de estrés laboral y déficit de atención sanitaria idónea. Esto dificulta la calidad de vida de los habitantes de la España Vacuada; sobre todo a la hora de un proceso de salud agudo, en enfermedades crónicas y personas dependientes.

Algunas de las implicaciones para la práctica podrían incluir la obtención de más recursos materiales en los centros de salud. Además, sería necesario captar más sanitarios en la zona rural desarrollando programas de formación específicos diseñados para motivar a estudiantes sanitarios a trabajar en las áreas rurales y cubrir las plazas de medicina y enfermería.

Referencias bibliográficas:

Alloza, M., González-Díez, V., Moral, & Tello. (2021). El acceso a servicios en la España rural. Documentos Ocasionales N.o 2122. <https://repositorio.bde.es/bitstream/123456789/17531/1/do2122.pdf>

Barranco Tirado, J. F. (2020). El médico de familia rural en la promoción de la salud: Perspectivas desde Andalucía. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201910076. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100009

Consejo Económico y Social (Ed.). (2018). El medio rural y su vertebración social y territorial: Sesión ordinaria del Pleno de 24 de enero de 2018 (Primera edición).

El justicia de Aragón. (2022). Informe-especial-de-sanidad-en-el-ámbito-rural.pdf. https://eljjusticiadearagon.es/wp-content/uploads/dlm_uploads/2022/11/INFORME-ESPECIAL-DE-SANIDAD-EN-EL-%C3%81MBIT O-RURAL.pdf

Regueiro-Ons, C., & López-Valcárcel, B. G. (2023). Los retos del sistema sanitario a la luz de la transición demográfica. . <https://www.funcas.es/articulos/los-retos-del-sistema-sanitario-a-la-luz-de-la-transicion-demografica/>

Otros aspectos del trabajo: El estudio cuenta con la aprobación del comité de Ética de la UPSA. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado para la participación en la investigación.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés que pudiera influir en el resultado del estudio.

Los autores niegan cualquier utilización de la inteligencia artificial en el proceso de redacción del estudio.

Palabras clave: Atención a la Salud; Recursos en Salud; Atención Primaria de Salud; Concentración Demográfica

Bibliografía:

¹ Alloza M, González-Díez V, Moral, Tello. El acceso a servicios en la España rural. Documentos Ocasionales N.o 2122. 2021; Disponible en: <https://repositorio.bde.es/bitstream/123456789/17531/1/do2122.pdf>

² Barranco Tirado JF. El médico de familia rural en la promoción de la salud: perspectivas desde Andalucía. *Rev Esp Salud Pública*. 12 de octubre de 2020;93:e201910076.

³ Consejo Económico y Social, editor. El medio rural y su vertebración social y territorial: sesión ordinaria del Pleno de 24 de enero de 2018. Primera edición. Madrid: CES, Consejo Económico y Social; 2018. 168 p. (Informe / CES, Consejo Económico y Social).

⁴ El justicia de Aragón. INFORME-ESPECIAL-DE-SANIDAD-EN-EL-ÁMBITO-RURAL.pdf [Internet]. 2022 [citado 8 de abril de 2024].

Disponible en:

https://eljjusticiadearagon.es/wp-content/uploads/dlm_uploads/2022/11/INFORME-ESPECIAL-DE-SANIDAD-EN-EL-%C3%81MBIT O-RURAL .pdf

⁵ Regueiro-Ons C, López-Valcárcel BG. LOS RETOS DEL SISTEMA SANITARIO A LA LUZ DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA. . ISSN [Internet]. 2023; Disponible en: <https://www.funcas.es/articulos/los-retos-del-sistema-sanitario-a-la-luz-de-la-transicion-demografica/>

Otros aspectos:

Transformación de Roles: El Impacto del Proyecto Nursing Research Challenge (NRC) en la Investigación Enfermera en un Hospital Universitario.

ID Comunicación: 189

Tipo de comunicación: Póster

Buerba Díaz, A.; Vázquez Calatayud, M.; Costas Ramón, N.; Arteaga Jordá, C.; Gutiérrez Martí, M.; Regaira Martínez, E.

OBJETIVO: Evaluar y comparar los roles desempeñados por las enfermeras en investigación en un hospital universitario, antes y después de la implementación del NRC. Este proyecto de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería busca impulsar la investigación enfermera¹.

MÉTODOS: Estudio descriptivo longitudinal. Hospital universitario de nivel terciario. Se seleccionaron enfermeras pertenecientes a uno o varios roles de investigación²: 1) Enfermera de investigación clínica o coordinadora de ensayos clínicos; 2) Enfermera investigadora; 3) Enfermeras de apoyo a la investigación; y 4) Enfermeras consumidoras de investigación.

Se recogieron en dos tiempos, T0, pre-NRC (22-23) y T1, post-NRC (23-24) las variables definitorias de cada rol en base a las acciones del NRC: 1) Coordinación de ensayos clínicos; 2) Liderazgo de proyectos de investigación aprobados por el Comité de Ética y/ o publicaciones en revistas de impacto; 3) Perteneciente al equipo de apoyo de Investigación del hospital; y/o 4) Participación en actividades en materia de investigación en el centro.

Análisis de datos: Estadística descriptiva (medidas de frecuencia para variables discretas). Se llevaron a cabo análisis comparativos antes y después de la intervención para determinar su impacto y análisis de correlación Spearman para examinar la relación entre el nivel educativo y los roles.

RESULTADOS:

El 28% contaban con formación en investigación avanzada en T0 (240/850) y T1 (265/961).

Al comparar los roles en T0-T1:

- 1) No hubo diferencia en el número de enfermeras coordinadoras (n=3).
- 2) Aumentó el número de enfermeras investigadoras en un 0,7% (T0, 17/850 - T1, 26/961).
- 3) Incrementó el número de enfermeras que de apoyo a la investigación en un 0,42% (T0, 15/850 - T1, 21/961).
- 4) Aumentó el número de enfermeras consumidoras de investigación en un 8,43%, de T0= 3,41% (29/850) a T1= 11,84% (122/996).

Se encuentra relación positiva y moderada entre grado académico y pertenencia a uno o varios roles, con significancia estadística ($r = 0,32$; $p < 0,001$).

DISCUSIÓN: El proyecto NRC impacta positivamente en la expansión de roles de enfermeras en investigación, aumentando las enfermeras consumidoras de investigación, que resalta la importancia de que todas las enfermeras que deseen ejercer con responsabilidad y seguridad sean consumidoras de investigación.

Este estudio contribuye a clarificar criterios para clasificar a las enfermeras en uno o varios roles, proporcionando una definición operativa que asocia roles con acciones concretas, que hasta ahora no se habían vinculado. La definición clara y la aplicación práctica de los roles resulta útil para la planificación de sucesiones, la identificación del talento y el impulso de la investigación.

Otro hallazgo de este estudio es que el nivel educativo tiene impacto significativo en la participación en roles de

investigación. Si las enfermeras alcanzan grados académicos más altos, es probable que asuman roles clave en la investigación. Fomentar y apoyar la educación avanzada en las enfermeras podría ser una estrategia efectiva para incrementar la participación en actividades de investigación.

Se plantea replicar el estudio en los próximos años para evaluar la evolución de la participación de las enfermeras en investigación.

Palabras clave: Roles, Investigación en Enfermería, Nursing Research Challenge, Formación

Bibliografía:

¹ 1. Proyecto Nursing Research Challenge. Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. Disponible en:
<https://proyectos.ande.org/>

² 2. Moro-Tejedor M.N., García Pozo A. Rol de la enfermera en la investigación. Rev Esp Salud Pública. Volumen 97. 26/5/2023.
Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/Perspectivas/perspectiva30_tejedor_garciapozo.pdf

Otros aspectos:

La enfermera de práctica avanzada(EPA), ¿conocida y reconocida? Identificando la perspectiva enfermera.

ID Comunicación: 298

Tipo de comunicación: Póster

Oliva Moreno, P.; Ceballos Mateos, S.; Sánchez-Pascuala Dones, I.

TÍTULO

La enfermera de práctica avanzada(EPA), ¿conocida y reconocida? Identificando la perspectiva enfermera.

OBJETIVOS

General:

Describir la perspectiva de las enfermeras respecto a la figura de la EPA.

Específicos:

Identificar los perfiles de EPA más necesarios según el colectivo de enfermería.

Conocer el nivel de conocimiento de las enfermeras acerca de la EPA.

Describir la necesidad de implantar la figura de la EPA dependiendo del nivel asistencial.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario autoadministrado dirigido a profesionales de enfermería. Para la difusión se utilizaron varios métodos, combinando el envío de correos electrónicos corporativos, divulgación a través de redes sociales y grupos de mensajería por WhatsApp, maximizando el alcance a nivel nacional. De esta forma, se aseguró una participación voluntaria y anónima. Se solicita el consentimiento al inicio del formulario. El periodo habilitado de respuesta fue de diez días.

Se recogen variables sociodemográficas y profesionales de las enfermeras, conocimientos y opinión acerca de la EPA (competencias, habilidades y confianza en ella) y sobre su regulación y reconocimiento. Se realiza un análisis descriptivo de cada ítem mediante porcentajes. Se añadió un espacio para opiniones abiertas donde las participantes expresaron de forma más específica sus valoraciones.

RESULTADOS

Participaron 147 enfermeras a nivel nacional de las cuales el 77% pertenecen al ámbito hospitalario y el 23% repartido entre atención primaria, atención sociosanitaria y otros. El 75% de las enfermeras conocen dicha figura de la EPA, presente en el 43% de centros hospitalarios y el 44% de atención primaria. Los perfiles de EPA más comunes son: heridas crónicas complejas, nutrición y gestora de casos, coincidiendo con los perfiles considerados más necesarios, incluyendo cuidados paliativos.

La capacidad de la EPA para resolver problemas complejos de forma autónoma es reconocida por el 76% de las enfermeras. Además, el 86% de las encuestadas respaldan sus conocimientos y capacidades, considerando necesaria su implementación por el 70% de las enfermeras de ámbito hospitalario, el 42% de las pertenecientes a primaria y por el 100% de las enfermeras en cargos de gestión. Las enfermeras especialistas apoyan la integración de la EPA en un 30%

Hay una división en la percepción de competencias, siendo un 25% las enfermeras que consideran que la enfermera especialista y la EPA poseen las mismas competencias frente al 50% que destaca diferencias entre ambas.

Para el 75% de las enfermeras, la EPA significa un avance y desarrollo para la profesión, debiendo intervenir en su

regulación el Ministerio de Sanidad (68,7%).

DISCUSIÓN

La figura de la EPA es ampliamente aceptada. Los resultados muestran que la mayoría de las enfermeras conocen esta figura y confían en sus competencias avanzadas. Sin embargo, solo el 20% de las enfermeras creen que las funciones de la EPA están claramente definidas. La división de opiniones sobre las competencias entre la EPA y la enfermera especialista refleja la necesidad de definir claramente las funciones específicas de cada una. Resulta llamativa la controversia creada en el apartado de opiniones abiertas, dónde se expresa que la introducción de la EPA solapa competencias de la enfermera especialista e incluso puede desvalorizarla, mientras que otras opiniones ven a la EPA como una oportunidad para mejorar la calidad del cuidado y el desarrollo y liderazgo de la profesión enfermera.

La creciente necesidad de prevenir los problemas de salud y los constantes cambios en las estructuras poblacionales, precisa de impulsar las posibilidades de desarrollo de la profesión enfermera. Por esto, la figura de la EPA forma parte de las estrategias de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Consejo Internacional de Enfermería (ICN) define la EPA como una enfermera generalista o especialista que ha adquirido mediante formación, mínimo máster; el conocimiento experto y la capacitación para tomar decisiones complejas.

Este estudio se enfoca para comprender la perspectiva actual de las enfermeras sobre esta figura que gradualmente se está instaurando en España, pero que cuenta con una larga trayectoria a nivel internacional como puede ser en EEUU y algunos países de Europa dónde está plenamente establecida. Sin embargo, en España carecemos de una regulación formal que establezca claramente sus competencias y funciones, por lo que debe ser una prioridad para los sistemas sanitarios que darán valor al cuidado que realizamos las enfermeras en España, coexistiendo con el modelo de especialización existente.

Palabras clave: Enfermera de práctica avanzada

EPA

Enfermera especialista

Competencias

Bibliografía:

¹ Sevilla-Guerra, Sonia, and Adelaida Zabalegui. "Instrumentos de Análisis Para El Desempeño de La Enfermera de Práctica Avanzada." *Enferm Clínica*. 2029; 29 (2): 90–98

² Cerón Mackay, MC, Milos Hurtado P. "Enfermera Especialista Y Enfermera de Práctica Avanzada: ¿Roles Distintos O Complementarios?" *Benessere*. 2020; 4 (1).

³ Schober, Madrean. "Desarrollo de La Enfermería de Práctica Avanzada: Contexto Internacional." *Enferm Clínica*. 2019; 29 (2): 63-66

⁴ San Martín-Rodríguez L, et al. "Formación de Las Enfermeras de Práctica Avanzada: Perspectiva Internacional." *Enfermería Clínica*. 2019; 29 (2):. 125–130

⁵ Rodríguez Calero MA, et al. "Enfermeras de Práctica Avanzada Y Práctica Basada En Evidencias. Una Oportunidad Para El Cambio." *Enferm Clínica*. 2019; 29 (2): 119-124.

⁶ Gutiérrez-Rodríguez L, et al. "Competencias En Enfermeras Especialistas Y En Enfermeras de Práctica Avanzada." *Enferm Clínica*, vol. 29, no. 6, 2019, pp. 328–335.

⁷ International Council of Nurses (ICN) | ICN - International Council of Nurses [Internet]. [consultado el 21 de mayo de 2024].

Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_ES_WEB.pdf

Otros aspectos:

Percepción de riesgo de desarrollar cáncer de mama entre estudiantes universitarios.

ID Comunicación: 97

Tipo de comunicación: Póster

CAZORLA-CALDERÓN, S.; GONZÁLEZ CONCEPCIÓN, M.; FERNÁNDEZ GARCIA, E.; BARRIENTOS, S.; CHIRVECHES PÉREZ, E.; PALOMAR-AUTAMELL, X.; SANTANA BERLANGA, N. DEL R.; LAZARO MARTINEZ, S.; CASTELLÓ-GIL, M. G.

La percepción riesgo es un concepto importante en la prevención y manejo de enfermedades, permite comprender mejor la vulnerabilidad individual y orientar decisiones de prevención e intervención personalizadas. Una correcta estimación del riesgo puede contribuir al diseño de intervenciones educativas para abordar la sobreestimación del riesgo y generar conocimiento sobre la formación de la percepción de riesgo.

Se pretendió evaluar la percepción de riesgo de desarrollar cáncer mama entre estudiantes los universitarios por el impacto que los resultados pueden tener en la formación de estos estudiantes, especialmente en los que cursan grados de salud.

METODOLOGIA:

Se realizó un estudio descriptivo transversal con muestra no probabilística. El objetivo general fue analizar el grado de percepción de riesgo de desarrollar cáncer mama en estudiantes de grado. Se evaluó la percepción de riesgo de desarrollar cáncer mama a través de escala Likert en tres momentos diferentes: al año, 10 años y a largo de la vida. El periodo de estudio fue entre enero y marzo del año 2024.

RESULTADOS:

Se obtuvo una muestra de 519 estudiantes, con una media de edad de 22,85 años ($SD \pm 5.667$), el 75,9% fueron mujeres ($n=394$), el 62% ($n=322$) estudiaban un grado de salud (enfermería, fisioterapia, nutrición, terapia ocupacional, medicina o psicología) y el 72,3% no tenían pareja ($n=375$). El número de antecedentes familiares que habían padecido cáncer de mama presentó correlación positiva significativa con la percepción de riesgo de desarrollar cáncer de mama a lo largo de la vida ($r_s = 0.199$, $p < 0.001$). No se ha encontrado relación con la percepción riesgo de desarrollar la enfermedad con un horizonte a uno o a diez años.

En el grupo de estudiantes de salud, no se encontraron diferencias significativas en la percepción riesgo de desarrollar cáncerde mama al año, a los 10 años y a lo largo de la vida en función de si su hermana, una prima, una amiga o tía habían padecido cáncer de mama ($p > 0.05$).

Para el grupo de estudiantes de grados no relacionados con salud, se observaron diferencias significativas en estas variables cuando una tía había tenido cáncer mama (año: $U=2576.500$, $p=0.034$; 10 años: $U=2720.500$, $p=0.009$; largo de la vida: $U=2779.500$, $p=0.004$).

Las participantes con amigas con la patología mostraron diferencias significativas en la percepción de riesgo de desarrollarla al año ($U=2734.000$, $p=0.026$), a los 10 años ($U=2683.500$, $p=0.049$) y a lo largo de la vida ($U=2859.00$, $p=0.008$) en comparación con las que no habían tenido la experiencia. Las participantes que tenían una prima que había padecido cáncer de mama mostraron diferencias significativas en la percepción de contraer cáncer de mama a lo largo de la vida ($p=0.038$). Este hecho podría explicarse por un proceso de identificación con individuos cercanos en edad.

CONCLUSIONES:

Los estudiantes de grados universitarios no sanitarios presentan una mayor percepción de riesgo de desarrollar cáncer de mama que los que estudian grados universitarios relacionados con salud.

En el grupo de grados no sanitarios, el hecho de tener tías, primas o amigas que padecieron cáncer de mama aumentó su percepción de riesgo; esta situación no se produce cuando se trata de familiares con otro parentesco.

La percepción de riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta cuando se incrementa el número de personas conocidas que han padecido la enfermedad.

Palabras clave: PERCEPCIÓN DE RIESGO; CÁNCER DE MAMA; UNIVERSITARIOS; ENFERMERIA; EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Bibliografía:

- ¹ Martínez Estalella G, Zabalegui A, Sevilla Guerra S. Gestión y liderazgo de los servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. *Enfermería Clínica*. 2021 Feb;31:S12–7.
- ² Artioli T, Turke KC, Braverman A, Milani G, Harada KA, De Almeida Menezes LW, et al. Medical Students' Perception of Risk Factors for Cancer. *J Canc Educ*. 2022 Aug;37(4):1108–14.
- ³ Sevilla Guerra S, Ferrús Estopà L, Zabalegui Yárnoz A, Comellas Oliva M, Estrem Cuesta M, Rivera Villalobos D. Propuesta de modelo para la enfermera de práctica avanzada. *Metas [Internet]*. 2023 Mar [cited 2024 Jun 1];26. Available from: <https://enfermeria21.com/pagedoi.php?pid=MetasEnf.2023.26.1003082060&idarticulo=82060&idpublicacion=3>
- ⁴ Slovic P, Finucane ML, Peters E, MacGregor DG. Risk as Analysis and Risk as Feelings: Some Thoughts about Affect, Reason, Risk, and Rationality. *Risk Analysis*. 2004 Apr;24(2):311–22.
- ⁵ Gigerenzer G. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ*. 2003 Sep 27;327(7417):741–4.
- ⁶ Knowles R, Kemp E, Miller M, Koczwara B. "There could be something going wrong and I wouldn't even know": a qualitative study of perceptions of people with cancer about cardiovascular disease (CVD) risk and its management. *J Cancer Surviv [Internet]*. 2023 Sep 29 [cited 2024 Jun 1]; Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11764-023-01468-0>

Otros aspectos:

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA PARA ENFERMERAS

ID Comunicación: 177

Tipo de comunicación: Póster

Arteaga Jordá, C.; Vázquez Calatayud, M.; Regaira Martínez, E.; Buerba Díaz, A.; Gutierrez Martí, M.; Costas Ramón, N.

Título: IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA PARA ENFERMERAS

Autoría: Carmen Arteaga Jordá^{1, 4a}, Mónica Vázquez Calatayud^{1,2,3,4b}, Elena Regaira Martínez^{1,4c}, Almudena Buerba Díaz^{1,4e}, Mercedes Gutierrez Martí¹, Natalia Costas Ramón^{1,4e}.

¹ Clínica Universidad de Navarra, Pamplona y Madrid, España; ² Universidad de Navarra, Grupo de Investigación en Innovación para la Atención Centrada en la Persona (ICCP-UNAV), Pamplona, España; ³ Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, España; ⁴ ORCID IDs: ^a <https://orcid.org/0000-0003-4948-6518>; ^b <https://orcid.org/0000-0003-1073-4668>; ^c <https://orcid.org/0000-0002-1068-2450>; ^d <https://orcid.org/0009-0007-3877-9397>; ^e <https://orcid.org/0000-0002-1068-2450>.

Palabras clave: Práctica Basada en la Evidencia; Formación continuada; Investigación en Enfermería; Nursing Research Challenge.

Objetivo(s): Evaluar el impacto de un programa formativo diseñado para capacitar a las enfermeras en el desarrollo de una práctica basada en la evidencia.

Métodos: Estudio pre-post intervención realizado en un hospital universitario de tercer nivel. La intervención se basó en las necesidades identificadas entre las enfermeras, quienes mostraron interés en la investigación y de la práctica basada en la evidencia (PBE), pero carecían de conocimientos suficientes. El programa consistió en diez horas de formación teórico-práctica y tutorización individual en cada etapa de la PBE, dirigido a 30 enfermeras clínicas interesadas. Tras obtener el consentimiento informado, se recopilaron datos en dos momentos: al inicio del curso (T0) y al finalizarlo (T1). Se utilizó un cuestionario validado (α -de Cronbach > 0,70) para medir la capacidad (conocimientos, habilidades y actitudes) y la actividad investigadora (1,2). Además, se recogieron experiencias y percepciones al finalizar el programa mediante preguntas abiertas. Los datos cuantitativos se analizaron con la prueba U de Mann-Whitney usando SPSS 20.0 y los datos cualitativos mediante análisis de contenido.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 90% (27/30 enfermeras). El 96.3% eran mujeres, con una media de edad de 38,7 años (DE=7.16). El análisis cuantitativo reveló un aumento significativo en el conocimiento ($p= 0,015$) y una mayor participación en actividades de investigación ($p= 0,023$). Los ítems que mostraron mayor mejora tras la formación fueron aquellos relacionados con el conocimiento en búsqueda en bases de datos y la percepción personal del conocimiento sobre investigación en enfermería. El curso recibió una valoración positiva y el 100% de las participantes recomendaría el programa. Entre las percepciones y barreras para el uso del conocimiento adquirido, se destacaron la necesidad de práctica y tiempo, la validación del trabajo realizado y la dificultad para manejar la incertidumbre.

Discusión: El programa formativo de PBE se enmarca en el proyecto Nursing Research Challenge, que promueve la difusión del conocimiento, potencia el desarrollo de la evidencia en cuidados y contribuye a la integración de la investigación en la práctica clínica (3). La PBE comprende el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado individual de cada paciente (4). Sin embargo, la literatura refleja un vacío en su aplicación práctica (5). Los hallazgos de este estudio respaldan la efectividad del programa formativo para capacitar a las enfermeras en el desarrollo de una PBE, contribuyendo a reducir el vacío teórico-práctico. Los participantes señalaron la necesidad de continuidad en la formación y mentorización individual para apoyar y acompañar en la aplicación de conocimientos y uso de la evidencia en la práctica clínica. Se recomienda que futuros estudios evalúen el impacto de la formación a más largo plazo para determinar su efectividad sostenida y su influencia en la práctica clínica continua.

Cumplimiento de la LOPD: Los datos personales han sido tratados conforme a la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento (UE) 2016/679, respetando la privacidad y confidencialidad de los participantes. **Conflicto de intereses.** Los autores declaran ausencia de conflictos de interés que puedan haber influido en los resultados de esta investigación. **Uso de inteligencia artificial (IA).** No se han utilizado herramientas de inteligencia artificial generativa en la elaboración de este artículo.

Palabras clave: Práctica Basada en la Evidencia; Formación continuada; Investigación en Enfermería; Nursing Research Challenge.

Bibliografía:

¹ Corchon, S., Watson, R., Arantzamendi, M. and Saracíbar, M. (2010), Design and validation of an instrument to measure nursing research culture: the Nursing Research Questionnaire (NRQ). *Journal of Clinical Nursing*, 19: 217-226. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03049.x>

² Vázquez-Calatayud M, Martín S, Oroviogoicoechea C. Evaluación de la capacidad investigadora en enfermeras de nueva incorporación: un estudio de tipo intervención. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* 2017; 7(1):21-32.

³ Tíscar-González V, Larrañaga-Garitano J, Cidoncha-Moreno MÁ. Fomento de la investigación en cuidados en las organizaciones sanitarias: Proyecto Nursing Research Challenge. *Enferm Clin.* 2023;33(3):173-174.

⁴ Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal.* 1996; 312:71.

⁵ García, A., & Pérez, J. (2024). "Desafíos en la implementación de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia: Un análisis cualitativo". *Investigación en Enfermería*, 30(3), 210-225.

Valores normativos de los factores del cuestionario HS-EBP de medición de PBE en enfermeras españolas

ID Comunicación: 193

Tipo de comunicación: Póster

Fernández Domínguez, J. C.; Sesé-Abad, A.; Jiménez López, R.; Martínez Gimeno, M. L.; De Pedro Gómez, J. E.

Título: Valores normativos de los factores del cuestionario HS-EBP de medición de PBE en enfermeras españolas

Autoría:

Juan Carlos Fernández-Domínguez^{1,2}, Albert Sesé-Abad^{2,3}, Rafael Jiménez López^{2,3}, María Lara Martínez Gimeno⁴, Joan Ernest De Pedro Gómez^{1,2}

Juan Carlos Fernández-Domínguez. <https://orcid.org/0000-0001-7771-6814>

Albert Sesé-Abad. <https://orcid.org/0000-0003-3771-1749>

Rafael Jiménez López. <https://orcid.org/0000-0002-1181-3221>

María Lara Martínez Gimeno. <https://orcid.org/0000-0002-2793-3228>

Joan Ernest De Pedro Gómez. <https://orcid.org/0000-0001-5711-8956>

¹Nursing and Physiotherapy Department, University of the Balearic Islands, Crta de Valldemossa, Km 7.5, 07122 Palma de Mallorca, Spain.

²Health Research Institute of the Balearic Islands (IdISBa), Palma de Mallorca, Spain.

³Psychology Department, University of the Balearic Islands, Crta de Valldemossa, Km 7.5, 07122 Palma de Mallorca, Spain.

⁴University Center for Health Sciences. San Juan de Dios Foundation. Comillas Pontifical University

Palabras clave:

Práctica basada en la evidencia; Enfermería; Encuestas y Cuestionarios; Psicometría

Objetivo: Proporcionar baremos normativos del cuestionario HS-EBP en enfermeras españolas y explorar patrones diferenciales de Práctica Basada en la evidencia (PBE) considerando variables sociodemográficas, de formación y de práctica.

Método: Estudio psicométrico transversal online multicéntrico sobre profesionales de enfermería en España mediante muestreo no probabilístico de voluntarios. La estimación de la muestra se basó en reclutar al menos 10 respondedores por ítem (600 sujetos). El cuestionario HS-EBP1 consta de 60 ítems distribuidos en 5 factores, puntuados sobre escala Likert 1-10 (a mayor puntuación, mayor grado de acuerdo con las afirmaciones contenidas). En concreto: F1 (Creencias y actitudes, 12 ítems); F2 (Resultados provenientes de la investigación científica, 14 ítems); F3 (Desarrollo de la práctica

profesional, 10 ítems); F4 (Evaluación de resultados, 12 ítems) y F5 (Barreras-Facilitadores, 12 ítems). Los participantes completaron un protocolo informatizado que incluía todas las variables del estudio mediante la herramienta online Limesurvey. Se estimaron las puntuaciones estándar para cada factor latente estableciendo los percentiles de toda la distribución. Se implementaron análisis diferenciales sobre los factores del HS-PBE utilizando las variables antes mencionadas y usando los estadísticos apropiados en cada caso.

Resultados: Se obtuvo una muestra total de 934 profesionales. Se encontró que los factores mejor puntuados (transformados a escala 1 a 10 puntos) en orden descendente fueron: F1 (8,55), F3 (7,68), F4 (7,06), F2 (6,56) y F5 (4,91). La mediana (P50) de las puntuaciones en los factores del cuestionario, expresados en puntuación absoluta de la escala y teniendo en cuenta que F1, F4 y F5 puntúan entre 12–120 puntos; F3 puntúa entre 10–110 puntos y F2 entre 14–140 puntos (expresados en escala 1 a 10 entre paréntesis) son: F1 105 puntos (8,75); F2 95 puntos (6,79); F3 78 puntos (7,80); F4 88 puntos (7,33) y F5 59 puntos (4,92). Los puntajes más altos en PBE se relacionaron con trabajar en ambiente académico, tener un título académico más alto, dedicar más tiempo a actividades de docencia e investigación y una mejor capacitación en PBE. Las enfermeras con alta práctica asistencial obtuvieron puntuaciones más bajas en la PBE en todos los factores.

Discusión: Las puntuaciones normativas medias de los 5 factores operacionalizados por el cuestionario HS-EBP describen a la población enfermera española con actitudes y creencias fuertemente positivas sobre la PBE (F1) y un nivel ligeramente inferior pero adecuado para la implementación de la evidencia en la práctica diaria (F3) y la evaluación de los resultados (F4). Sus principales debilidades parecen estar en la búsqueda y manejo de evidencia (F2) y, sobre todo, en la percepción de ciertos factores organizacionales como barreras para la implementación (F5). Estos resultados concuerdan con la literatura que concluye que los profesionales de la salud perciben los factores organizacionales como las principales barreras para la implementación de la PBE, al igual que en otros estudios previos². Específicamente, las principales barreras son que no se incentiva la aplicación de la PBE (Ítem 11=3,26), la distribución de la jornada laboral (Ítem 10=3,40), y que los pacientes no exigen tratamientos estén basados en la evidencia (Ítem 7=3,81). Solo un 10% de las enfermeras perciben un buen contexto para la implementación de la PBE (Percentil 90=7,33). Según los resultados obtenidos en los análisis diferenciales, la educación y la formación en PBE siguen siendo la mejor opción para mejorar el nivel de implementación de la evidencia en la práctica clínica³. Además, los bajos valores de PBE en enfermeras con alta dedicación asistencial indican la necesidad de incrementar la compatibilidad de la PBE con la dedicación a la atención a la salud de las enfermeras españolas en línea con las propuestas realizadas por diferentes estudios, siendo éste uno de los retos principales para la Enfermería en el siglo XXI^{4,5}.

Implicaciones para la práctica clínica: Se deben mejorar las competencias de búsqueda de evidencia, así como su posterior implementación en la práctica diaria en enfermeras españolas. El sistema sanitario español debe facilitar educación y formación en PBE, racionalizando el tiempo dedicado a ella y aumentando los incentivos.

Palabras clave: Práctica basada en la evidencia; Enfermería; Encuestas y Cuestionarios; Psicometría

Bibliografía:

¹ Fernández-Domínguez JC, de Pedro-Gómez JE, Morales-Asencio JM, Bannasar-Veny M, Sastre-Fullana P & Sesé-Abad A. Health Sciences-Evidence Based Practice questionnaire (HS-EBP) for measuring transprofessional evidence-based practice: Creation, development and psychometric validation. PLoS One. 2017 May 9;12(5):e0177172.

² Li S, Cao M, & Zhu X. Evidence-based practice: Knowledge, attitudes, implementation, facilitators, and barriers among community nurses-systematic review. Medicine. 2019;98(39): e17209

³ Ramos-Morcillo AJ, Fernández-Salazar S, Leal-Costa C, & Ruzafa-Martínez M. Evidence-based practice nurses' competency: Spanish national survey and establishment of a scale of the EBP-COQ-Prof©. J Nurs Manag. 2021;29(4):794-804

⁴ Gallagher-Ford L, Koshy Thomas B, Connor L, Sinnott LT, & Melnyk BM. The Effects of an Intensive Evidence-Based Practice Educational and Skills Building Program on EBP Competency and Attributes. Worldviews Evid Based Nurs. 2020;17(1):71–81.

⁵ Skela-Savič B, Hvalič-Touzery S, & Pesjak K. Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. J Adv Nurs. 2017;73(8):1910–1923.

Otros aspectos:

Implantación de guía de buenas prácticas BPSO® “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión”: doce meses de resultados.

ID Comunicación: 321

Tipo de comunicación: Póster

Villar Bustos, M. C.; Álvarez Codesal, T.; Rio Martín, S. R.; Benito Sanchez, A.; González Manzanos, A.; Gato Pérez, M. L.; Gutiérrez García, R. M.; Calzada Domínguez, T.; Ramos Fernández., A.

Objetivos:

Evaluar la progresión de la implantación de la Guía de RNAO®: “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión”. Analizar los resultados según la población, Valorar los resultados de acuerdo con los indicadores establecidos

Método:

Se realiza estudio descriptivo retrospectivo. Se analizan los resultados de la implantación de las recomendaciones desde el 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023, con los datos de la plataforma de evaluación Carevid® y aplicativo de Cuidados de Enfermería Gacela Care® en la unidad de Cuidados Paliativos (H2P) y unidad de Cirugía- ginecología (H31).

Resultados:

· Unidad H2P 366 ingresos; Media de edad 76,68. Valoración de riesgo al inicio de los cuidados de lesiones por presión (LPP): 1º trimestre 2023 100% - 4º trimestre 2023 100%; Persona en riesgo de desarrollar LPP: 1º trimestre 2023 53,93% (48)- 4º trimestre 2023 60,27% (44); Revaluación del riesgo de LPP: 1º trimestre 2023 54,41 % (37) - 4º trimestre 2023 81,03% (47); Aplicación de superficies de control de la presión a personas en riesgo de LPP: 1º trimestre 2023 29,79% (14)- 4º trimestre 2023 58,54% (24).

Indicadores:

1. Lesiones por presión asociadas a los cuidados de salud: 1º trimestre 2023 40,91% - 4º trimestre 2023 0%;
2. Incidencia de las lesiones por presión (categorías II-IV): 1º trimestre 2023 9,78% - 4º trimestre 2023 0%;
3. Incidencia de las lesiones por presión (todas las categorías): 1º trimestre 2023 15,22% - 4º trimestre 2023 9,33%;
4. Tasa de la incidencia de lesiones por presión (paciente) por 1000 días (estancias): 1º trimestre 2023 16,91 - 4º trimestre 2023 6,45;

· Unidad H31 2283 ingresos; Media de edad 64,39. Valoración de riesgo al inicio de los cuidados de lesiones por presión (LPP): 1º trimestre 2023 89,8% - 4º trimestre 2023 96,74%; Persona en riesgo de desarrollar LPP: 1º trimestre 2023 6,59% (6)- 4º trimestre 2023 6,59% (6); Revaluación del riesgo de LPP: 1º trimestre 2023 45,24 % (19) - 4º trimestre 2023 40% (8); Aplicación de superficies de control de la presión a personas en riesgo de LPP: 1º trimestre 2023 33,33% (2)- 4º trimestre 2023 0% (0).

Indicadores:

1. Lesiones por presión asociadas a los cuidados de salud: 1º trimestre 2023 0% - 4º trimestre 2023 100% (1);
2. Incidencia de las lesiones por presión (categorías II-IV): 1º trimestre 2023 0% - 4º trimestre 2023 1,10% (1/91);
3. Incidencia de las lesiones por presión (todas las categorías): 1º trimestre 2023 0% - 4º trimestre 2023 1,10% (1/91);
4. Tasa de la incidencia de lesiones por presión (paciente) por 1000 días (estancias): 1º trimestre 2023 0- 4º trimestre

2023 2,30

Discusión: La diferencia en el tipo de pacientes ingresados, el número de ingresos y la estancia media en las dos unidades nos dan resultados muy diferentes en la evolución de la implantación. La unidad H31 ha aumentado en abril la implantación de medidas. El aumento en los pacientes con riesgo de padecer lesiones por presión, en la incidencia de las lesiones por presión, la utilización de SEMP, puede deberse a un mejor registro. Analizar la incidencia de aparición de lesiones por presión es incierto por llevar pocos meses desde la implantación de las recomendaciones.

Palabras clave: Úlcera por Presión, Prevención, Evaluación de Riesgo , Guía de Práctica Clínica, Guía de Buenas Prácticas

Bibliografía:

¹ 1. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Guías de buenas prácticas en enfermería. Valoración del riesgo y prevención de úlceras por presión. Nursing Best Practise Guidelines Program. [Internet] Toronto, Ontario; Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO®). 2011. [consultado 3 junio de 2024]; Disponible en:

https://mao.ca/sites/mao-ca/files/D0025_UlcerasPresion_spp_01052015.pdf

² 2. García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Pancorbo-Hidalgo JE, López-Franco MD, Soldevilla-Agreda JJ. Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en adultos hospitalizados en España: resultados del 6º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022. Gerokomos, [Internet] 2023, [consultado 3 junio de 2024]; 34 (4): 250-259. Disponible en:

<https://prevencionulcerasyheridas.com/wp-content/uploads/2023/12/6-ENP-2022-LCRD-Hospitales15.pdf>

³ 3. Care Evaluation Indicators. Plataforma para la evolución de la implantación de Buenas Prácticas en cuidados de enfermería, en instituciones sanitarias adheridas al Programa de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Cuidados a través de Centro Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®). [Internet]. [consultado 3 junio de 2024]; Disponible en:

<https://www.carevid.isciii.es>

Otros aspectos:

Manejo ambiental seguro en la prevención de caídas mediante auditorías observacionales

ID Comunicación: 178

Tipo de comunicación: Póster

Laviana Fernández, M. Á.; Maestre García, M. de los Á.; Granda Villalobo, P.; Zapico Menéndez, B.; Valiente Vena, D.; Viejo Díaz, J. A.; López Rodríguez, S.

Manejo ambiental seguro en la prevención de caídas mediante auditorías observacionales

Autores: M^a Ángeles Laviana Fernández, María de los Ángeles Maestre García, Paula Granda Villalobo, Beatriz Zapico Menéndez, Diana

Valiente Vena, José Antonio Viejo Díaz, Sara López Rodríguez. Enfermeras/os Hospital Valle del Nalón, Área Sanitaria VIII, Asturias.

1. Objetivos

Determinar si la actuación sobre los elementos del entorno en pacientes hospitalizados favorece la seguridad del mismo, disminuyendo el número de caídas y/o la gravedad de las mismas.

2. Métodos

Estudio observacional descriptivo durante el año 2023.

Tras el análisis de los riesgos potenciales del Diagnóstico NANDA 00155_Riesgo de Caídas y la intervención 6486_Manejo ambiental seguridad, se identifican los elementos del entorno que pueden influir en la seguridad del mismo.

Seguidamente se elaboran los criterios para la realización de auditorías observacionales definiendo:

- **Periodicidad:** mensual, englobando todos los turnos de atención de manera rotatoria según cronograma establecido.
- **Población:** pacientes ingresados en las nueve unidades de hospitalización.
- **Responsable:** enfermera referente en caídas de cada unidad.

Tras la definición de indicadores para el seguimiento, se elabora la plantilla de recogida de datos en formato papel y se diseña la base de datos.

La información recogida en la plantilla se entrega a la Supervisora del Área de Gestión Clínica de Medicina Interna que vuelca la información en un Excel. Posteriormente este es enviado a la Unidad de Calidad mensualmente, para incorporarlo a la base de datos.

Como mecanismo de difusión de los resultados se realizan informes anuales de cada una de las unidades de hospitalización.

3. Resultados

Durante el año 2023 se ha revisado el entorno de 1618 pacientes hospitalizados, con una edad media de 65,21 años. El 95% disponen de registro de riesgo de caídas en el Plan de Cuidados tras la valoración enfermera al ingreso.

97% de las camas están frenadas y el 86% bajadas. 67% de las habitaciones disponen de trípticos informativos.

El 78% disponen de marca en historia clínica electrónica y 66% pictograma en la habitación.

8% de las personas tienen prescrito aislamiento y 22% están acompañadas por sus familias.

La prescripción de barandillas por el médico responsable se mantiene en el 7% y 3% presentaban una contención mecánica

total.

La señalética de las habitaciones funciona correctamente en el 95% de los espacios.

El 59% de las personas ingresadas presentan elementos que identifican el riesgo de caída mediante marca en HC y pictograma en cabecera de la cama.

Un 58% de las personas con riesgo de caída se encuentran en un entorno seguro dentro de las habitaciones, definiéndose este aquel que cumple los siguientes criterios: cama frenada y baja, señalética de la habitación en correcto funcionamiento y persona sola, en cama con barandilla o sentada con arnés de seguridad o acompañada de familiar.

El promedio de caídas registradas en pacientes hospitalizados es de 2.28%

4. Discusión

Las auditorías permiten tener una visión general del entorno del paciente y detectar acciones de mejora para la prevención de las caídas.

El manejo ambiental para minimizar los riesgos potenciales del entorno, promueven la seguridad y la calidad de la atención sanitaria.

Del análisis de los entornos han derivado acciones de mejora como la compra de camas eléctricas con sistema de seguridad para el frenado o el incremento de sistemas homologados para la sujeción de pacientes en sedestación y otras pendientes de desarrollar como incluir recomendaciones universales en el canal 0 de las televisiones, actividades formativas en las unidades y la expansión de estas auditorías a otros entornos.

Otras mejoras se llevan a cabo de manera proactiva como el adecuado funcionamiento de luces y su resolución en el menor tiempo posible o el diseño de indicadores propios en el control del entorno. Parece que es necesario adaptar la definición de entorno seguro para alguna unidad de tipología especial como la unidad de psiquiatría.

Palabras clave: **AUDITORIA, CAIDAS, CONTROL, ENTORNO, SEGURIDAD**

Bibliografía:

Otros aspectos:

Análisis de los procesos corporales y su impacto en el autocuidado en cuidados a largo plazo: Validación de un instrumento

ID Comunicación: 406

Tipo de comunicación: Póster

Lourenço, M.; Soares Encarnação, P. C.; Martins, T.; Peixoto, M. J.

Análise dos processos corporais e seu impacto no autocuidado em cuidado de longa duração: Validação de um instrumento

¹ Marisa Lourenço, ² Paula Cristina Soares Encarnação, ³ Teresa Martins, ⁴ Maria José Peixoto

¹ Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Porto; CINTESIS@RISE; <https://orcid.org/0000-0001-5953-788X>

² Escola de Enfermagem da Universidade do Minho; <https://orcid.org/0000-0002-7458-8105>

³ Escola Superior de Enfermagem do Porto; CINTESIS@RISE; <https://orcid.org/0000-0003-3395-7653>

⁴ Escola Superior de Enfermagem do Porto; CINTESIS@RISE; <https://orcid.org/0000-0003-4131-4279>

Objetivo: Desenvolver e validar um instrumento multidimensional, focado nos processos corporais que influenciam o autocuidado das pessoas idosas, particularmente após eventos de saúde que comprometam a sua autonomia. O instrumento foi denominado "Processos corporais que influenciam o autocuidado (BIP@self-cuidado)" e foi aplicado em contextos de cuidados de longa duração.

Método: Estudo metodológico com 149 idosos participantes com déficits funcionais nas atividades de autocuidado (atividades básicas da vida diária). A amostra foi selecionada em dois hospitais e duas unidades de cuidados continuados do norte de Portugal. Foram incluídos participantes com diagnóstico de déficit de autocuidado, pelo menos quatro anos de escolaridade e capazes de compreender e responder ao questionário. Foram excluídos os indivíduos cujas respostas verbais indicaram confusão ou comprometimento cognitivo. Os participantes foram avaliados quanto à orientação, força muscular, equilíbrio e amplitude de movimento articular. Análises de componentes principais e análises de cluster foram utilizadas para identificar fatores que influenciam a recuperação da autonomia no autocuidado. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Serviço Nacional de Saúde, com parecer favorável sob a referência numérica (2019.059.051-DEFI/052-CE). As aprovações éticas também foram obtidas por meio dos Conselhos de Administração das instituições de saúde participantes. O consentimento informado foi obtido de todos os participantes e recebeu explicações detalhadas sobre o estudo. Foi garantido que os dados de identificação de todos os participantes permaneceriam confidenciais e que seu anonimato seria completamente preservado. Os participantes também foram informados de seu direito de desistir do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Os autores do estudo declaram não ter conflito de interesses.

Resultados: Os fatores mais relevantes no domínio dos processos corporais para a recuperação da autonomia [1,2] foram o equilíbrio e a força muscular. Os participantes foram divididos em dois grupos com perfis diferentes, sendo que o segundo grupo apresentou menores níveis de autonomia. O equilíbrio sentado, o equilíbrio dinâmico, a força muscular dos membros inferiores e a força muscular dos membros superiores foram os principais fatores, no campo dos processos corporais, que discriminaram a autonomia entre os grupos. BIP@self-cuidado mostrou-se um instrumento eficaz para identificar déficits e potencial de recuperação da autonomia.

Discussão: Este estudo enfatiza o papel crítico do equilíbrio e da força muscular como preditores significativos de autonomia nas atividades de autocuidado em pessoas com incapacidade funcional. A compreensão desses fatores permite que os profissionais de saúde desenhem estratégias de intervenção específicas e abrangentes para melhorar o bem-estar geral e a independência dessas pessoas. [3,4,5] O instrumento de BIP@self-cuidado tem se mostrado uma ferramenta multidimensional útil para monitorar os indivíduos durante o processo de recuperação após eventos de saúde que afetam a

autonomia no autocuidado. As implicações clínicas são relevantes, especialmente para enfermeiros e profissionais de saúde que trabalham com idosos. O estudo destaca a necessidade de uma abordagem multidimensional que integre programas de exercícios de mobilidade focados no equilíbrio, força muscular, amplitude articular e função motora fina. Além disso, a detecção precoce de sinais de problemas de mobilidade e declínio funcional pode levar a intervenções oportunas que preservam a autonomia e evitam mais dependência [6,7]. Apesar de existirem várias escalas que avaliam a orientação, a força muscular, o equilíbrio e a amplitude de movimento articular, a grande vantagem do BIP@self-care é a sua adaptação às necessidades dos idosos internados em unidades de longa permanência, com potencial para recuperar a autonomia nas atividades de autocuidado. Isso proporciona uma avaliação mais precisa e eficaz do potencial de reconquista da autonomia, facilitando a tomada de decisão dos enfermeiros com base nas reais necessidades de cuidados de longa duração dessas pessoas [8].

Palabras clave: Autocuidado, Avaliação, Processos Corporais, Cuidados de Longa Duração

Bibliografia:

- ¹ 1- Lourenço, M., Encarnação, P., Martins, T., Araújo, F., & Machado, P. (2021). Self-care deficit versus the potential to improve self-care: explanation of the nurse's clinical judgments. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2), 7-18. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.155>
- ² 2- Jaarsma, T., Cameron, J., Riegel, B. & Strömberg, A. (2017). Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of selfcare of chronic illness: A literature update. *Current Heart Failure Reports*, 14(2), 71-77. <https://doi.org/10.1007/s11897-017-0324-1>
- ³ 3- Boateng G. O., Neilands T. B., Frongillo E.A., Melgar-Quiñonez H.R., Young S.L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in Public Health*; 6:149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>.
- ⁴ 4- Pestana, M. H., & Gageiro J.N.(2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais, a Complementaridade do SPSS*. 6ed.
- ⁵ 5- Riegel B., Dunbar S. B., Fitzsimons D., Freedland K. E., Lee C. S., Middleton S, et al (2019). Self-care research: Where are we now? Where are we going? *Int J Nurs Stud* 2019:103402. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103402>.
- ⁶ 6- Zhou, M., Zha, F., Liu, F., Zhou, J., Liu, X., Li, J., Yang, Q., Zhang, Z., Xiong, F., Hou, D., Weng, H., & Wang, Y. (2023). Long-term care status for the elderly with different levels of physical ability: a cross-sectional survey in first-tier cities of China. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09987-3>
- ⁷ 7- Lee, Y., Park, J. & Jang, M. (2018). Perceived effects of home renovation on independence of physically disabled Koreans living at home. *Disability and Rehabilitation*, (40)20, 2380-2387. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1334837>
- ⁸ 8- Parente, P., Costa, A., Pereira, S., Machado, P., Martins, T., Pereira, F., & Silva, A. (2022). Self-Care Dependency Evaluation Form: Psychometric properties of the revised version with 27 items. *Scandinavian journal of caring sciences*,36(1), 90–99. <https://doi.org/10.1111/scs.12966>
- ⁹ 9- Pau, M., Casu, G., Porta, M., Pilloni, G., Frau, J., Coghe, G., & Cocco, E. (2020). Timed Up and Go in men and women with Multiple Sclerosis: Effect of muscular strength. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 24(4), 124–130. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2020.06.014>

Otros aspectos:

Valoración del dolor en braquiterapia ginecológica. Comparativa de dos protocolos de lubricación para aplicador cilindro vaginal.

ID Comunicación: 150

Tipo de comunicación: Póster

Torrero Monjas, S.; Morgade Yllera, M. G.; Rodríguez Minguez, L.

INTRODUCCIÓN

La braquiterapia (BT) es un método de tratamiento radioterápico que consiste en la implantación de isótopos radiactivos en el interior o cerca de la zona que requiere el tratamiento. Actualmente, la braquiterapia es usada como un tratamiento eficaz para el cáncer. El isótopo o fuente radiactiva se coloca lo más cerca posible del tumor para que la energía dañe a las células cancerosas, sin dañar a las células sanas. La braquiterapia permite dar una mayor dosis de radiación en un área más pequeña que la radioterapia externa. (1)

En el cáncer de endometrio de riesgo intermedio-alto, se recomienda la braquiterapia vaginal adyuvante para maximizar el control local, con solo efectos secundarios leves y sin impacto en la calidad de vida. (2)

La progresión natural del envejecimiento y el inicio de la menopausia pueden provocar atrofia vulvovaginal en las mujeres, el cáncer y su tratamiento asociado a menudo pueden desencadenar y/o empeorar los problemas sexuales y vulvovaginales. La sequedad vaginal y vulvar, la irritación y la pérdida de elasticidad del tejido genital causada por una reducción de los estrógenos pueden provocar dolor y malestar con los exámenes ginecológicos estándar, así como con la actividad sexual. (3)

En el servicio de Radioterapia del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) se utilizaba como práctica habitual protocolizada y consensuada por el grupo de expertos en Braquiterapia desde el año 2001 la lubricación del cilindro vaginal a base de lubricante urológico y nitrofurano 2mg/g pomada.

OBJETIVO

Comparar la efectividad de la lubricación con lubricante urológico frente a la lubricación actual (lubricante urológico + nitrofurano), sin aumento de dolor o disminución del confort en pacientes sometidas a BT HDR ginecológica con aplicador de cilindros.

MÉTODO

- Diseño: Estudio cuasiexperimental y cambio de protocolo de actuación en la BT HDR ginecológica con cilindros.
- Población: mujeres mayores de 18 años diagnosticadas de cáncer de endometrio y/o cérvix, tratadas con cirugía y subsidiarias de tratamiento con BT HDR en el HCUV desde el 1 de abril de 2022 hasta el 5 de enero de 2023.
- Variables:
 - 1 Sociodemográficas: Edad
 - 2 Clínicas: BT exclusiva (3- 6 sesiones) o BT combinada con Radioterapia externa (RTE) (4 sesiones)
 - 3 Comorbilidades: DM, HTA, ITUs de repetición, incontinencia urinaria
 - 4 Tamaño de aplicador: 2,5-3-3,5
 5. Dependientes:
 - Dolor: durante la aplicación y en la hora posterior (valorada con escala EVA)

- Ardor: escala Likert (0-5)
- Disminución de la lubricación vaginal: escala Likert (0-5)
- Sequedad vaginal: escala Likert (0-5)
- Disuria: escala Likert (0-5)

PROCEDIMIENTO

Se informó a las pacientes de los objetivos del estudio solicitando su consentimiento informado.

El tratamiento de BT HDR ginecológica es un tratamiento adyuvante en el cáncer de endometrio y cérvix tras cirugía. Si es tratamiento exclusivo de BT se realiza en 6 sesiones y en caso de ser combinado con RTE se deja un periodo de descanso de 2 semanas para continuar con 4 sesiones de BT. Las sesiones se realizan días alternos de la semana.

En cada sesión a la paciente, en posición ginecológica, se le introduce un aplicador (cilindro vaginal) acorde al tamaño de su vagina. Tras la comprobación mediante prueba de imagen (TAC) se realiza la dosimetría personalizada y se procede al tratamiento con una fuente radiactiva de Ir192. Una vez finalizado el tratamiento se retira el cilindro vaginal.

Los datos para el estudio fueron recogidos al finalizar cada sesión mediante entrevista con la paciente.

Se comenzó el estudio con 32 pacientes con la lubricación habitual de nitrofurano y lubricante urológico en cada sesión y su posterior evaluación

Tras finalizar esta etapa se introdujeron los cambios propuestos en el nuevo protocolo realizando las mismas medidas en otras 29 mujeres.

Los datos se recogieron en una base de datos diseñada por los investigadores, manteniendo el anonimato y confidencialidad de los participantes en el estudio

RESULTADOS

Se relacionó dolor con:

- Tamaño del aplicador (si se observa mayor dolor en tamaños pequeños, sin ser estadísticamente significativo)
- Tipo de lubricación
- Molestias previas
- Edad
- Número de sesiones (si se observa mayor dolor en tratamiento exclusivos de 3 sesiones, sin ser estadísticamente significativo)

CONCLUSIONES

El uso de nitrofurano en el tratamiento de Braquiterapia HDR ginecológica con aplicador cilindro no parece estar asociado a una disminución del dolor.

La relación beneficio/riesgo no se ve apoyada por los datos obtenidos en este estudio.

Tras consenso en nuestro servicio se determina la retirada de nitrofurano del protocolo.

Palabras clave: Braquiterapia, aplicador vaginal, lubricación

Bibliografía:

¹ Hernández Vega, A. (2018). Desarrollo y fabricación de moldes personalizados para tratamiento de tumores mediante braquiterapia.

² Vaginal and sexual health treatment strategies within a female sexual medicine program for cancer patients and survivors Jeanne Carter, Cara Stabile, Barbara Seidel, Raymond E. Baser, Shari Goldfarb, Deborah J. Goldfrank, Journal of Cancer Survivorship volume 11, pages 274–283 (2017)

³ Van den Heerik A.S.V.M., Horeweg N., de Boer S.M., et al International of Journal Gynecologic Cancer volumen 31 Número 4 Páginas 594-604 abril de 2021 DOI: 10.1136/ijgc-2020-001822 PMID: 33082238 ISSN: 1048-891X EISSN: 1525-1438

Otros aspectos:

Caídas Zero

ID Comunicación: 252

Tipo de comunicación: Póster

Benito Gil, P.; García Martín, N.; Ortega Barrio, M. A.; Valiñas Sieiro, F.; Martínez Gonzalez, O. M.

CAÍDAS ZERO

AUTORÍA

- Paula Benito Gil, enfermera en el servicio de Neurología del Hospital Universitario de Burgos.
- Noelia García Martín, enfermera en el servicio de Neurología del Hospital Universitario de Burgos.
- María Ángeles Ortega Barrio, enfermera en el servicio de Neurología del Hospital Universitario de Burgos.
- Florita Valiñas Sieiro, jefa de unidad de enfermería en el servicio de Neurología del Hospital Universitario de Burgos.
- Olga María Martínez González, técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el servicio de Neurología del Hospital Universitario de Burgos.

PALABRAS CLAVE

Caída, Riesgo, Downton.

OBJETIVOS

- Disminuir el número de caídas en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Burgos (HUBU).
- Identificar a todos los pacientes según el riesgo de caídas.
- Formar al personal sanitario y no sanitario sobre las medidas de prevención.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal prospectivo sobre la prevención e incidencia de las caídas registradas en todos los pacientes ingresados en el servicio de Neurología del HUBU del 1 de octubre de 2022 al 28 de febrero de 2023.

Se identificó a los pacientes según el riesgo utilizando el Índice de Downton y se formó al personal sanitario y no sanitario sobre las medidas de prevención.

Se analizó el número de caídas anuales previas y se estudiaron las características de la muestra. La intervención se llevó a cabo clasificando a los pacientes en función del riesgo y aplicando las medidas adecuadas para prevenirlas.

Cuando se produjo una caída se registró, se evaluó y se llevaron a cabo los cuidados específicos.

Los resultados fueron recogidos por enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería utilizando el aplicativo de gestión de cuidados Gacela Care®. Se elaboró una hoja de recogida de datos ad hoc y posteriormente un estudio estadístico.

RESULTADOS

El tamaño de la muestra fue de 439 pacientes. La edad media fue de $72,48 \pm 16,48$ años, siendo el 57% varones. El 71% había presentado caídas previas en el último año. El 37% estaba en tratamiento con hipotensores, un 18% con diuréticos, y un 17% con tranquilizantes. El 43% padecían alteraciones sensoriales en extremidades y el 21% visuales. Un 42% presentaban una marcha insegura o imposible.

Se registraron 10 caídas, el 60% se produjeron en la habitación y un 70% no estaban acompañados en el momento del evento. El 40% se produjeron en el turno de tarde y noche.

A pesar del riesgo conocido y la colocación de protecciones, 7 pacientes se cayeron.

Un 45 % de los pacientes caídos tuvo algún tipo de daño.

DISCUSIÓN

No se observan diferencias significativas en el porcentaje de caídas respecto al año anterior, pudiendo estar relacionado con el mayor compromiso del registro durante el estudio y con la intervención llevada a cabo.

En la literatura publicada se estima una incidencia media de 1.66%, frente al 0.18% registrado en nuestro estudio.

Del 63% de los pacientes que presentaban riesgo, el 89% tomaba algún medicamento relacionado con la mayor probabilidad de sufrir una caída.

De los pacientes que se cayeron, el 90% presentaba riesgo de sufrir una caída. El 90% tenía algún déficit sensorial y el 70% presentaba una marcha insegura o imposible. Hay que tener en cuenta que el estudio se hizo mayoritariamente en paciente neurológico por llevarse a cabo en el servicio de Neurología del HUBU.

Se objetiva un ligero incremento de caídas en el sexo masculino.

De los pacientes que sufrieron una caída, un 90 % tenían alto riesgo en el Índice Downton, lo que nos puede indicar que la intervención realizada y la aplicación de medidas preventivas han evitado caídas.

No obstante, se encontraron pocas diferencias estadísticamente significativas en las variables observadas. Esto podría estar influenciado por la intervención realizada y por el bajo número de personas en la muestra que sufrió una caída.

Por tanto, concluimos que la formación y concienciación del personal sanitario y no sanitario, incluyendo familias y/o acompañantes, ha supuesto un registro más exhaustivo, mayor implicación en el cuidado y mejor utilización de los recursos disponibles y con ello posiblemente una disminución en la incidencia de caídas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Organización Mundial de la Salud. [Internet] 26 de Abril de 2021 [Citado el día 4 febrero 2022] Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets7details7falls>.

2 Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008 [Citado el 7 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/practica-clinica/seneca/>.

3 Nanda International. Definiciones y clasificación 2018–2020 de NANDA. Undécima edición. Barcelona: Elsevier; 2019.

4 Olvera Arreola SS, Hernández Cantoral A, Arroyo Lucas S, Nava Galán M G, Zapien Vázquez M. A, Pérez López M T et al. Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Invest Clin. [Internet] 2013 [citado el día 10 de febrero de 2022]; 65(1):88–93. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn131j.pdf>

5 Albornos–Muñoz L. Guía de buenas prácticas prevención de caídas y lesiones derivadas (4ª Edición). Intervenciones efectivas para identificar adultos en riesgo de caídas. Ene. [Internet]. 2018 [citado el 3 de Marzo 2022]; 12(1): 797. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000100013&lng=es. Epub 16– Nov–2020.

Palabras clave: Caída, Riesgo, Downton

Bibliografía:

¹ Organización Mundial de la Salud. [Internet] 26 de Abril de 2021 [Citado el día 4 febrero 2022] Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets7details7falls>.

² Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008 [Citado el 7 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/practica-clinica/seneca/>.

³ Nanda International. Definiciones y clasificación 2018-2020 de NANDA. Undécima edición. Barcelona: Elsevier; 2019.

⁴ Olvera Arreola SS, Hernández Cantoral A, Arroyo Lucas S, Nava Galán M G, Zapien Vázquez M. A, Pérez López M T et al. Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Invest Clin. [Internet] 2013 [citado el día 10 de febrero de 2022]; 65(1):88-93. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn131j.pdf>

⁵ Albornos-Muñoz L. Guía de buenas prácticas prevención de caídas y lesiones derivadas (4ª Edición). Intervenciones efectivas para identificar adultos en riesgo de caídas. Ene. [Internet]. 2018 [citado el 3 de Marzo 2022]; 12(1): 797. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000100013&lng=es. Epub 16-Nov-2020.

Otros aspectos:

Efecto del entorno hospitalario saludable en el insomnio y la ansiedad en pacientes hospitalizados

ID Comunicación: 167

Tipo de comunicación: Póster

González Álvarez, S.; Rodríguez Huerta, D.; Álvarez García, G.; Rodríguez Nogueiras, A.; Gómez-Vela, P.; Negreira Montero, J.; Prieto Alaguero, M. del P.; Díaz Testillano, A.; Pérez Garrote, C.

TÍTULO: Efecto del entorno hospitalario saludable en el insomnio y la ansiedad de pacientes hospitalizados en una unidad de neurociencias: un estudio observacional.

AUTORES: Sergio González Álvarez (0009-0005-8816-4847); Dolores Rodríguez Huerta (0000-0002-1632-5817); Graciela Álvarez García (0000-0002-0936-640X); Amelia Rodríguez. Nogueiras (0000-0003-1766-704X); Paula Gómez-Vela; Juan Negreira Montero; M^a Pilar Prieto Alaguero; Aranzazu Díaz Testillano (0009-0002-7643-6567); Carmen Pérez Garrote (0009-0005-7456-6917).

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, entorno hospitalario saludable, pacientes, insomnio.

OBJETIVOS:

Determinar nivel de ansiedad y riesgo de insomnio en pacientes hospitalizados en una unidad de neurociencias.

Evaluar nivel de ruido, impacto en confort y satisfacción de los pacientes.

Analizar relación entre variables demográficas, tipo de habitación, ansiedad e insomnio.

MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo transversal sobre una muestra de 106 pacientes ingresados entre julio de 2022 y abril de 2023 en la unidad de neurociencias del Hospital Universitario La Princesa. La inclusión se realizó mediante muestreo no probabilístico tipo consecutivo entre los que cumplían criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: Pacientes ≥ 18 años, ingresados con estancia ≥ 5 días, Consentimiento Informado (CI), capacidad cognitiva demostrada con escala TAM.

Criterios de exclusión: revocación participación y/o barrera idiomática.

Recogida de datos: clínicos y sociodemográficos (sexo, edad, días estancia, diagnóstico, tratamiento), resultados de los cuestionarios STAI y ATENAS, sonometría en las habitaciones. Al mes tras alta, se registra encuesta Kolkaba por teléfono. Los datos se registraron anonimizados en Cuaderno de Recogida de Datos ad hoc.

Análisis Estadístico: secuencial (univariante, bivariante y multivariante). Describas las variables mediante medidas de tendencia central y dispersión, se realizó pruebas bivariantes (χ^2 y t Student) entre variables sociodemográficas y ansiedad/insomnio y regresión logística para las variables independientes: ansiedad e insomnio.

Instrumentos:

1. Cuestionario de ansiedad STAI de Spielberger validado en español en 1982. Mide 2 tipos de ansiedad: ansiedad-estado (condición transitoria que varía con el tiempo) y ansiedad-rasgo (tendencia a percibir situaciones como estresantes). Incluye 40 ítems con respuestas en escala Likert.
2. Escala de Atenas de riesgo de insomnio de Soldatos validada en español en 2007. Mide síntomas de insomnio considerando dificultades de conciliación, duración y calidad. Incluye 8 ítems con respuestas en escala Likert de 0 a 3.
3. Cuestionario de confort de Kolkaba validada en español en 2019. Escala Likert con 28 ítems. Define confort como estado

en el que los pacientes experimentan alivio, facilidad y trascendencia en respuesta a actos de salud.

4. Sonógrafo SAS 2000 para medición de niveles de ruido ambiental entre 30 a 130 decibelios (dB).

RESULTADOS:

- Las puntuaciones medias de ansiedad fueron 20.49 ± 9.10 , que indica niveles moderados.
- Las puntuaciones medias de insomnio fueron 6.54 ± 4.03 , que sugiere riesgo moderado.
- Los niveles de ruido variaron con picos durante los turnos de mañana y tarde (61–56 dB) y disminuciones por la noche (52–44 dB). Los picos más altos fueron a las 20:00 h (66 dB).
- No existe correlación entre variables demográficas y niveles de ansiedad y/o insomnio. Tampoco entre tipo de habitación y satisfacción.

DISCUSIÓN:

Aunque se encuentran niveles moderados de ansiedad e insomnio, no se correlacionan con variables demográficas ni entorno hospitalario. Resultados similares encontrados en estudios como el del autor Topf y Dillon (1988), concluyen que el ruido hospitalario tiene un impacto limitado en la calidad de sueño y el bienestar general de los pacientes.

Los picos de ruido observados durante los turnos diurnos son similares a los hallados en otros como el de Park (2014), que señala diferencias en la percepción de confort según niveles de ruido. Pero al no relacionarse directamente con insomnio y/o ansiedad, sugiere que otros factores como la calidad de la atención y la interacción con el profesional hospitalario pueden tener una mayor influencia en el bienestar emocional de los pacientes; así lo indican también, los estudios de Ulrich (2008).

Se observa limitación relacionada con el estudio en una única unidad con escasa muestra. Además, la captación de datos desde el quinto día de hospitalización podría presentar sesgo de memoria, ya que no se midió en los primeros días.

Los resultados permiten mejorar la experiencia hospitalaria del paciente, disminuir su ansiedad e insomnio; centrar intervenciones en la comunicación y el apoyo emocional al paciente, además de controlar factores ambientales como el ruido.

CONCLUSIONES:

El entorno hospitalario no influye significativamente en la ansiedad e insomnio de los pacientes y no se encuentra asociación con variables demográficas.

Los niveles de ruido registrados son ligeramente elevados según recomendaciones de la OMS fluctuando a lo largo del día. Otros factores ambientales relacionados con la atención humana que producen confort requieren estudio.

Aprobación del Comité Ético de Investigación y Medicamento (CEIm) La Princesa con fecha 13 de junio del 2022.

Los pacientes incluidos aceptaron participar firmando CI.

Los autores/as participaron en la redacción del documento sin utilizar Inteligencia Artificial (IA) aprobando la versión final y declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Palabras clave: Ansiedad, entorno hospitalario saludable, entorno hospitalario, pacientes hospitalizados, e insomnio.

Anxiety, Healthy environment, Hospital environment, Hospitalized patients, and Insomnia.

Bibliografía:

¹ 1. Drahota A, Ward D, Mackenzie H, Stores R, Higgins B, Gal D, Dean TP. Sensory environment on health-related outcomes of hospital patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;(3):CD005315.

² 2. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 17–21 November

1986. Available from: https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf

³ 3. Nightingale F. Sick nursing and health nursing. Summary. Chicago: The International Congress of Charities, Correction and Philanthropy; 1893.

⁴ 4. Amaro Cano MC. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2004;20(3).

⁵ 5. Fiset M, Martin. Architecture and the Art of Healing. The Canadian Architect. 1990; 3:23-26.

⁶ 6. Ulrich RS. Evidence-based environmental design for improving medical outcomes. In Proceedings of the Healing by Design: Building for Health Care in the 21st Century Conference, Montreal, Quebec, Canada

⁷ 7. Jamshidi S, Parker JS, Hashemi S. The effects of environmental factors on the patient outcomes in hospital environments: A review of literature. Frontiers of Architectural Research. 2020; 9(2): 249-263.

⁸ 8. Vílchez-Dagostino P, Porrás-Peña K, Giles-Saavedra R, Silva A. Correlación de ansiedad y contaminación acústica en los pacientes hospitalizados del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, junio 2010. Rev Cuerpo Méd HNAAA. 2012;5(1).

⁹ 9. Brambilla A, Rebecchi A, Capolongo S. Diseño hospitalario basado en la evidencia. Una revisión de la literatura de las publicaciones recientes sobre el impacto de EBD del entorno construido en los resultados organizacionales y de los ocupantes del hospital. Annali Di Igiene. 2019;31(2):165-180.

¹⁰ 10. Rami L, Molinuevo JL, Bosch B, Sánchez-Valle R, Villar A. T@M: Test de Alteración de Memoria. Unidad Memoria-Alzheimer. Int J Geriatr Psychiatry. 2007;22:294-7.

¹¹ 11. Guillén-Riquelme A, Buéla-Casal G. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). Psicothema. 2011;23(3):510+.

¹² 12. Nenclares Portocarrero A, Jiménez-Genchi A. Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. Salud Mental. 2005;28(5):34-39.

¹³ 13. Downton JH. Falls in the Elderly. London, UK: Edward Arnold; 1993.

Otros aspectos:

Estudio de efectividad de una intervención enfermera de práctica avanzada en farmacovigilancia, mediante programa proactivo de identificación y notificación de reacciones adversas a medicamentos, en pacientes y profesionales, e incorporación de experiencia paciente relacionado con la utilización de los medicamentos.

ID Comunicación: 12

Tipo de comunicación: Póster

Rodríguez Galán, N.; Castro Castro, M.; Pérez-Serrano Liaño, P.; Neria Agujetas, M. S.; Muñoz Jiménez, D.; Pérez Bono, M.; Pérez Ingidua, C.; Portoles Pérez, A.; Vargas Castrillón, E.

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS POR ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA Y MEDICIÓN DE EXPERIENCIA PACIENTE RELACIONADA CON MEDICAMENTOS.

Natalia Rodríguez Galán, Paloma Pérez-Serrano Liaño, Maria Soledad Neria Agujetas, Daniel Muñoz Jiménez, Margarita Pérez Bono, Carla Pérez Ingidua, Antonio Portoles Pérez, Emilio Vargas Castrillón. Servicio Farmacología Clínica. Dirección de Enfermería. Hospital Clínico San Carlos.

INTRODUCCIÓN

Las RAM son una de las diez principales causas de mortalidad a nivel mundial y la quinta causa de muerte hospitalaria a nivel europeo. Los profesionales sanitarios según Real Decreto 577/2013 están obligados a notificar las sospechas de RAM siendo de la totalidad de sospechas notificadas tan solo del 8% realizadas por los profesionales de enfermería. Se hace necesario incorporar la perspectiva de profesionales y pacientes como agentes activos para hacer los sistemas más efectivos.

OBJETIVOS

Evaluar si una intervención de enfermería de práctica avanzada en el área de farmacovigilancia, realizada en pacientes y profesionales mejora la identificación de reacciones adversas a medicamentos, aumenta la notificación de sospechas de reacciones adversas y mejora la experiencia de los pacientes ingresados relacionada con los medicamentos.

METODOLOGÍA

Ensayo clínico de un programa de enfermería de práctica avanzada en farmacovigilancia que compara práctica habitual, frente a una intervención avanzada en identificación y notificación de RAM. Se seleccionaron al día 8 pacientes ingresados, 4 en grupo control y 4 en grupo experimental mediante un muestreo aleatorio simple del listado de ingresos, con reposición aleatoria hasta completar la muestra. Se realizó seguimiento de los pacientes desde el ingreso hasta el alta inmediata a través de registros clínicos, se contacta con los profesionales y se visita al paciente a pie de cama conocer los riesgos, identificar posibles sospechas de manera precoz y reorientar la evaluación mediante 3 algoritmos de causalidad (Naranjo, Kars y Lasagna y Sistema Español de farmacovigilancia). Para la valoración de la experiencia relacionada con los medicamentos y la atención, un tercer observador facilitó un cuestionario diseñado ad hoc en las 72 horas al alta inmediata.

RESULTADOS

En 2022 se incluyeron un total de 395 pacientes, 195 pacientes en grupo control (GC) y 200 pacientes en grupo experimental (GE). El OR identificación RAM 6,90 [IC95% (3,78; 12,6)] señala que el GE presenta 6,9 veces más probabilidades de identificar RAM que el GC. El OR notificación RAM 14,7 [IC 95% (5,17;41,6)] indica que en el GE existe casi 15 veces más la probabilidad de notificar una RAM que en el GC. Demuestra que existe una mejora tanto en el registro en la historia clínica electrónica como en el cumplimiento y en la adherencia terapéutica de hasta el 78,4% del GE frente al 28,6% del GC. En la Experiencia reportada por Paciente (PREM) respondieron al cuestionario 289 pacientes encontrando una mejora

tanto en la experiencia relacionada con los medicamentos, como en la atención de los profesionales, así como en la experiencia global siempre a favor del grupo experimental.

DISCUSIÓN

Se revela la eficacia de programas de FV que versan sobre valoraciones desde múltiples perspectivas con profesionales entrenados en el reconocimiento del deterioro clínico relacionado con daños producidos por medicamentos, así como en la recopilación de información de manera sistematizada y revisión de historias clínicas, lo que mejora ostensiblemente la identificación de sospechas y la notificación. La utilización de los registros de salud electrónicos permite una mejora muy significativa en detección de señales más rápida y la eficacia de la intervención. Independientemente de tener RAM o no, la experiencia paciente mejora si ha sido seguido por el equipo de enfermería de FV frente a los que no han sido incluidos en el programa.

CONCLUSIÓN

Una intervención de enfermería de práctica avanzada en el área de farmacovigilancia realizada en pacientes y profesionales mejora la identificación de RAM e incrementa la notificación de sospechas de RAM de especial interés, como son las sospechas RAM graves, relevantes o desconocidas y mejora la experiencia de los pacientes ingresados relacionados con la utilización de los medicamentos, durante todo su proceso asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

Kar Aung A, Walker S, Li Khu Y, Jie Tang M, Lee JI, Velta Graudins L. Adverse drug reaction management in hospital settings: review on practice variations, quality indicators and education focus. Eur J Clin Pharmacol [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 28];1:3. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00228-022-03287-1>:

Coste A, Wong A, Bokern M, Bate A, Douglas IJ. Methods for drug safety signal detection using routinely collected observational electronic health care data: A systematic review. Pharmacoepidemiol Drug Saf [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2023 May 11];32(1):28. Available from: [/pmc/articles/PMC10092128/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4092128/)

Palabras clave: Reacciones adversas a medicamentos, Enfermería de práctica avanzada, Farmacovigilancia, Medición experiencia reportada por paciente.

Bibliografía:

¹ Las reacciones adversas a medicamentos, quinta causa de muerte hospitalaria en la UE. Redacción médica. 16 Sept. 2015.

Disponible en:

<https://www.redaccionmedica.com/noticia/las-reacciones-adversas-a-medicamentos-quinta-causa-de-muerte-hospitalaria-en-la-ue-86979>

² (6) Esteban Jiménez O, Navarro Pemán C, González Rubio F, Lanuza Giménez FJ, Montesa Lou C. Análisis de la Incidencia y de las características clínicas de las reacciones adversas a medicamentos de uso humano en el medio hospitalario. Rev Esp Salud Pública. 2017;22 de diciembre e1-e18

³ (7) Real Decreto 1344/2007, de 11 de octubre, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano [consultado 23 Dic 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-18919.3>

Otros aspectos: .

.

El deterioro cognitivo de los pacientes oncológicos quimioinducido y su repercusión en las actividades cotidianas

ID Comunicación: 197

Tipo de comunicación: Póster

Rihuete Galve, M. I.; Fernandez Rodriguez, E. J.; Sanchez Gomez, C.; Garcia Martin, A.

El deterioro cognitivo de los pacientes oncológicos quimioinducido y su repercusión en las actividades cotidianas

Rihuete-Galve MI, Fernandez-Rodriguez EJ, Sanchez -Gomez C, García-Martín A.

Introducción y objetivos: El deterioro cognitivo de los pacientes oncológicos inducido por la quimioterapia es un efecto secundario de los tratamientos poco valorado en la práctica clínica, donde habitualmente se presta atención a múltiples síntomas que acompañan no solo a la enfermedad oncológica sino también a los tratamientos. La causa de la falta de visibilidad del deterioro cognitivo posiblemente no se deba a su escasa presencia en la mayoría de los pacientes sino a la importancia que damos en la práctica clínica a la repercusión de los efectos secundarios en éxito de las terapias y en la evolución de la enfermedad, minimizando de esta manera la repercusión que todos los efectos secundarios tienen en una valoración integral del paciente y su adaptación al entorno.

Objetivo principal: analizar la presencia de deterioro cognitivo en pacientes oncológicos con tratamiento de quimioterapia. **Objetivos secundarios:** analizar la percepción del deterioro cognitivo y su repercusión en las actividades cotidianas, comprobar si existe relación entre el deterioro cognitivo de estos pacientes y la posible presencia de ansiedad o depresión, examinar la influencia de la edad, evaluar si el nivel de estudios influye en su deterioro cognitivo.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo, observacional, correlativo y transversal. La muestra procedía del Hospital de día onco-hematológico y fueron asignados a conveniencia durante los meses de marzo-mayo de 2024. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico anatomopatológico de enfermedad oncológica, ser mayor de edad, estar con tratamiento de quimioterapia en el Hospital Universitario de Salamanca y firmar el documento de consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron no haber comenzado el tratamiento y mantener una adicción a sustancias. Los criterios de retirada tras la inclusión fueron: manifestar no querer seguir participando en el estudio y presentar dificultades para responder a los cuestionarios y escalas seleccionadas para el estudio El Comité de Ética de la Universidad de Salamanca autorizó el proyecto ID:966. Las variables estudiadas fueron: sociodemográficas, nivel educativo, diagnóstico, ansiedad, depresión, habilidades cognitivas evaluadas con el cuestionario ERFC y específicamente memoria analizada con el Cuestionario de Fallos de Memoria de la vida cotidiana MFE-30 El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva y estadística analítica, puesto que las variables eran cuantitativas y seguían una distribución gaussiana fueron definidas por medias, porcentajes e intervalo de valores. Para la estadística inferencial se utilizó la prueba de correlación de Spearman El procesamiento de los datos se hizo con el programa estadístico SPSS 26.0.

Resultados: La muestra final estuvo formada por 55 pacientes, (41,8% hombres y 58,2% mujeres) 49% de la muestra tenían estudios primarios y el 25,5% estudios secundarios y terciarios, el 76,4% no presentaron ni ansiedad ni depresión. hubo deterioro moderado de memoria con repercusión en actividad diaria en el 3,6% y deterioro severo en el 1,8%. El cuestionario ERFC mostró deterioro cognitivo en el 54,5% de los pacientes, la correlación entre el deterioro y la edad fue estadísticamente significativa $Rho = 0,296$ y un valor de $P = 0,030$, de manera que a medida que aumenta la edad, aumenta el deterioro cognitivo, con mayor incidencia a partir de los 75 años. Esto mismo ocurre con la percepción subjetiva del deterioro y su repercusión en la cognición cotidiana ($Rho=0,161$ y $P=0,240$) de manera que a medida que aumenta el deterioro cognitivo, aumenta la percepción subjetiva del mismo. El coeficiente de correlación entre la variable edad y la percepción subjetiva de deterioro cognitivo, $Rho = 0,161$; con un valor de $P = 0,240$ sin embargo nos indica que no hay una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Discusión e Implicaciones para la práctica Los resultados coinciden con los recogidos en la literatura, la presencia de chemobrain inducido por la quimioterapia en muchos pacientes. En nuestro estudio queda de manifiesto la percepción del deterioro que tienen los pacientes al comprobar ellos su repercusión negativa en la cognición cotidiana, y funcionalidad. Entendemos que esta situación de los pacientes es real y además de su repercusión en las actividades cotidianas también repercutirá negativamente en su estado emocional, aunque no sea valorada ni tratada en la práctica clínica. Por estas

consideraciones proponemos realizar de manera sistemática una valoración de las funciones cognitivas antes y después de los tratamientos.

No hay conflictos de interés. No se ha utilizado inteligencia artificial en este estudio

Palabras clave: deterioro cognitivo, cognición cotidiana, quimioterapia, cancer,

Bibliografía:

¹ Horowitz TS, Suls J, Treviño M. A Call for a Neuroscience Approach to Cancer-Related Cognitive Impairment. *Trends Neurosci.* 2018; 41. 493–496.

² Ahles TA, Root JC, Ryan EL. Cancer and cancer treatment-associated cognitive change: An update on the state of the science. *J. Clin. Oncol.* 2012; 30:3675–3686.

³ Menning, S., de Ruiter, M.B., Veltman, D.J., Boogerd, W., Oldenburg, H.S.A., Reneman, L., Schagen, S.B., 2018. Changes in brain white matter integrity after systemic treatment for breast cancer: a prospective longitudinal study. *Brain Imaging Behav* 12, 324–334. <https://doi.org/10.1007/s11682-017-9695-x>.

Otros aspectos:

INCIDENCIA DE LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

ID Comunicación: 318

Tipo de comunicación: Póster

BALAGUER ESCUTIA, P.; García-Molina, P.; Balaguer López, E.; Pla Marzo, L.; Aleixandre Durà, J.

Los pacientes hospitalizados en unidades de críticos debido a su enfermedad tienen una limitación o pérdida (temporal o permanente) de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial y requieren de ayuda para sus actividades básicas, esto favorece la aparición de lesiones en la piel y/o tejidos subyacentes que consideramos como lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD) (1).

La aparición de estas lesiones supone un agravamiento del pronóstico, disminución de la esperanza de vida y un deterioro de la calidad de vida de quienes la padecen (2).

En el último estudio de prevalencia realizado por la GNEAUPP publicado en 2019, indica que prevalencia de LCRD en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) fue de un 18,3% y en unidades Postquirúrgicas y reanimación del 14,7%. En cuanto a lesiones por presión (LPP) este mismo estudio refleja, una prevalencia en UCI del 14,9% y en REA del 14% (3).

Por todo lo anteriormente expuesto, el objetivo principal de este estudio es establecer la incidencia de LPP (Lesiones por presión) y otras LCRD en las unidades de críticos (UCI y REA) del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

- Describir las características demográficas y clínicas de la población a estudio.
- Identificar las características de las lesiones encontradas.
- Determinar los factores de riesgo y factores protectores para la aparición de LCRD.
- Comparar la incidencia de LCRD del presente estudio con la prevalencia de años anteriores en las unidades a estudio.

Metodología:

Se llevó a cabo un estudio de incidencia, observacional, longitudinal y prospectivo en las Unidades de Cuidados Críticos (Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Anestesia y Reanimación) del Hospital Clínico Universitario de Valencia. La recogida de datos se llevó a cabo entre los meses de Noviembre de 2023 y Abril de 2024.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico SPSS statistics v23.

Resultados:

Con una muestra final de n=139 pacientes. El 58,3% (n=81) fueron hombres, la media de días de ingreso fue de 10 ± 8 días.

El 66,2% (n=92) de los pacientes pertenecían al servicio de UCI y el 33,8% (n=47) al servicio de REA.

La incidencia de LCRD fue del 33,1% (n=46), observándose un total de 82 LCRD. Más del 60% (n=63) de las lesiones resultaron Lesiones por presión (LPP). Un 15% (n=11) aproximadamente de las lesiones se debieron a humedad (LPH) y un 9% (n=8) aproximadamente a desgarros cutáneos (DC).

Algunas de las variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en relación con la aparición de LCRD fueron: el riesgo en la escala BRADEN, la incontinencia, el riesgo en la escala EVARUCI y el uso de dispositivos diagnósticos y terapéuticos como la sonda nasogástrica (SNG), catéteres vasculares, tubo endotraqueal (TET) y la ventilación mecánica (VM).

Discusión:

La incidencia de LCRD en el HCUV es del 33,1%, siendo esta superior a un estudio similar realizado en 2015 (4) , esto indica que las medidas preventivas no son suficientes. De modo que, conocer los factores predisponentes y el perfil del paciente puede ayudarnos a reducir esta incidencia y mejorar las técnicas de prevención ya empleadas por los profesionales.

Palabras clave: lesiones cutáneas, lesiones por presión, críticos, unidad de cuidados intensivos, paciente crítico

Bibliografía:

- ¹ 1. García Fernández FP, Soldevilla Ágreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M, et al. Clasificación-categorización de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no II. 3rd ed. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. ; 2021.
- ² 2. José Avilés Martínez M, Alepuz Vidal L, Benítez Martínez JC, Casaña Granell J, Clement Imbernón J, Fornes Pujalte B, et al. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat., editor. 2012
- ³ 3. Pancorbo-Hidalgo Pedro L., García-Fernández Francisco P., Pérez-López Cristina, Soldevilla Agreda J. Javier. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. Gerokomos [Internet]. 2019 [citado 2023 Dic 29] ; 30(2): 76-86. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000200076&lng=es.
- ⁴ 1. Roca-Biosca A, Rubio-Rico L, de Molina-Fernández MI, Tuset-Garijo G, Colodrero-Díaz E, García-Fernández FP. Incidencia de lesiones relacionadas con la dependencia en una población de pacientes críticos. Enfermería Clínica [Internet]. 2016;26(5):307–11. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-incidencia-lesiones-relacionadas-con-dependencia-S1130862116300237>

Otros aspectos: .

CONOCIMIENTO EN PRIMEROS AUXILIOS EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

ID Comunicación: 170

Tipo de comunicación: Póster

Castillo Camargo, P.; Álvarez Menéndez, E.; Aparicio Martín, A.; Huerta Melian, E.; Quintana Alonso, R.; Hernández Ovejero, H.; Corral García, S.; Jiménez García, E.; Miana, M.

Título: CONOCIMIENTO EN PRIMEROS AUXILIOS EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

Autoría: Paula Castillo Camargo, Esther Álvarez Menéndez, Andrea Aparicio Martín, Elena Huerta Melian, Raúl Quintana Alonso, Hilario Hernández Ovejero, Sergio Corral García, Elena Jiménez García, María Miana.

Palabras claves: Primeros auxilios, Conocimiento, Anciano, Educación en salud.

Objetivo: Describir el conocimiento en primeros auxilios, frente a las principales emergencias médicas de la edad adulta, que poseen las personas a partir de 65 años en la Comunidad de Madrid.

Métodos: Estudio observacional descriptivo llevado a cabo en la Comunidad de Madrid, con metodología cuantitativa. Se partió del cuestionario de conocimiento de primeros auxilios en población adulta eslovena publicado por Dolenc Šparovec E. en 2022 siendo éste aplicado por el entrevistador y anónimo. Tuvo lugar entre enero y marzo de 2024, reclutando una muestra de 44 individuos mediante un muestreo intencional y tras la obtención de un consentimiento verbal. Se recogieron como variables sociodemográficas edad, sexo, nivel de estudios, desarrollo de profesiones del ámbito sanitario y la realización de cursos de primeros auxilios. Se llevó a cabo el análisis de datos con el programa estadístico IBM® SPSS Statistics versión 22. En el caso de las variables cuantitativas se obtuvieron las medidas de tendencia central en función de la normalidad de la distribución de cada una de las variables. Se realizó un análisis por subgrupos en función de las variables sociodemográficas recogidas, mediante los test U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis. En todos los casos se estableció un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significación menor o igual a 0.05.

Resultados: La muestra de 44 individuos (72.5 años (RI: 13)) tuvo una distribución por sexos similar. El 31.8% tenía estudios universitarios siendo minoritarios aquellos que carecían de estudios reglados (6.8%). El 84.1% no había desarrollado una profesión sanitaria y el 56.8% había recibido un curso de primeros auxilios. Se consideró importante el conocimiento en primeros auxilios en todas las edades, destacando que el 97.7% de los encuestados consideró importante el conocimiento en niños y adolescentes. Se destacó la importancia de la difusión de este conocimiento por parte de un profesional sanitario siendo el 100% de los encuestados los que así lo reflejaron. Algunos participantes (27,2%) presentaron dificultad para reconocer síntomas de hipoglucemia siendo el abordaje de una persona que no muestra signos de vida la actuación peor resuelta teóricamente, tan solo el 52.2% comenzaría a realizar compresiones en el pecho. El haber desarrollado una profesión sanitaria influyó positivamente ($p < 0.05$) en la puntuación global (6.57 ± 0.53) frente a aquellos que habían desempeñado otras tareas (5.73 ± 0.96).

Discusión: El conocimiento en primeros auxilios de las personas de la tercera edad, promueve la autonomía y la seguridad personal. Aquellas que se benefician de la alfabetización en salud, aumentan la probabilidad de lograr un envejecimiento saludable y dinámico, mejorando su autocuidado y siendo partícipes en la toma de decisiones sobre su propia salud.

La disminución de la capacidad cognitiva, con o sin patologías demenciales, puede disminuir la alfabetización en la población mayor. Para mejorar el conocimiento en salud de las personas de la tercera edad, es necesaria una buena educación, prestando especial atención a las barreras psicofísicas que poseen con un discurso breve y conciso.

Referencias bibliográficas:

1 Dolenc Šparovec E, Slabe D, Eržen I, Kovačič U. Evaluation of a newly developed first aid training programme adapted for older people. BMC Emerg Med. 10 de noviembre de 2023;23(1):134. DOI: 10.1186/s12873-023-00907-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37950197/>

2 Torrejón-Peces D, Durán-Agüero S, Pizarro-Mena R, Vázquez-Vergara R, Torrejón-Peces D, Durán-Agüero S, et al. Nivel de Alfabetización en Salud entre Adultos Mayores Atendidos en Dos Centros Comunitarios de Rehabilitación. *J Negat No Posit Results*. 2021;6(11):1327-40. DOI: 10.19230/jonnpr.4155. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2529-850X2021001100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

3 Romero-Bravo M, Cruz-Cosme C de la, Barbancho MA, García-Casares N. Conocimiento sobre el ictus en la población española. Una revisión sistemática. *Rev Neurol Ed Impr*. 2022;189-201. ISSN: 0210-0010. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2021401/esp>

4 Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, Patterson M. The Association Between Age and Health Literacy Among Elderly Persons. *J Gerontol Ser B*. 1 de noviembre de 2000;55(6):S368-74. DOI: 10.1093/geronb/55.6.S368. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geronb/55.6.S368>

Otros aspectos del trabajo:

El estudio no cuenta con la aprobación del comité de ética debido a que se trata de un estudio totalmente anónimo y el consentimiento verbal a los participantes fue oral.

No hay conflicto de interés entre los autores

No se ha utilizado inteligencia artificial en el proceso de redacción.

Palabras clave: Primeros auxilios, Conocimiento, Anciano, Educación en salud

Bibliografía:

¹ Dolenc Šparovec E, Slabe D, Eržen I, Kovačič U. Evaluation of a newly developed first aid training programme adapted for older people. *BMC Emerg Med*. 10 de noviembre de 2023;23(1):134. DOI: 10.1186/s12873-023-00907-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37950197/>

² Torrejón-Peces D, Durán-Agüero S, Pizarro-Mena R, Vázquez-Vergara R, Torrejón-Peces D, Durán-Agüero S, et al. Nivel de Alfabetización en Salud entre Adultos Mayores Atendidos en Dos Centros Comunitarios de Rehabilitación. *J Negat No Posit Results*. 2021;6(11):1327-40. DOI: 10.19230/jonnpr.4155. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2529-850X2021001100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

³ Romero-Bravo M, Cruz-Cosme C de la, Barbancho MA, García-Casares N. Conocimiento sobre el ictus en la población española. Una revisión sistemática. *Rev Neurol Ed Impr*. 2022;189-201. ISSN: 0210-0010. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2021401/esp>

⁴ Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, Patterson M. The Association Between Age and Health Literacy Among Elderly Persons. *J Gerontol Ser B*. 1 de noviembre de 2000;55(6):S368-74. DOI: 10.1093/geronb/55.6.S368. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/geronb/55.6.S368>

Otros aspectos: