LIBRO DE PONENCIAS

XXVII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

27TH INTERNATIONAL NURSING RESEARCH CONFERENCE

X CONGRESO IBEROAMERICANO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD

V JORNADA DE DOCTORANDOS
5 DOCTORAL STUDENTS' WORKSHOP

VALLADOLID
DEL 15 AL 17 DE NOVIEMBRE DE 2023

ISBN 978-84-09-58897-8

Índice

Mesa 1: Evaluación de intervenciones en cuidados Session 1: Care intervention evaluation 4
Mesa 2: Salud mental Session 2: Mental health..... 14
Mesa 3: Cáncer Session 3: Cancer 29
Mesa 5: Cáncer y cuidados paliativos Session 5: Cancer and palliative care 34
Mesa 6: Cuidadores y dependencia Session 6: Caregivers and Dependency 37
Mesa 7: Cuidados materno-infantiles Session 7: Maternal and infant care 52
Mesa 8: Desigualdad en salud Session 8: Inequality in health 61
Mesa 12: Desigualdades en salud Session 12: Health inequities..... 66
Mesa 14: Panel 2 72
Mesa 16: Nuevas tecnologías Session 16: New technologies..... 74
Mesa 17: Promoción de la salud Session 17: Health promotion..... 81
Mesa 18: promoción de la salud / Educación sanitaria Session 18: Health promotion / Health education 103
Mesa 19: Promoción de la salud / Educación sanitaria Session 19: Health promotion / Health education..... 115
Mesa 20: Gestión Session 20: Management..... 123
Mesa 21: Desigualdad en salud Session 21: Inequility in Health..... 143
Mesa 22: Salud mental Session 22: Mental health 156
Mesa 23: Metodología docente Session 23: Educational methods..... 163
Mesa 24: Cuidados materno-filiales Session 24: Maternal and infant care 182
Mesa 25: Práctica clínica basada en la evidencia Session 25: Evidence-based clinical practice 185
Mesa 26: Práctica basada en la evidencia Session 26: Evidence based practice 198
Mesa 27: Cuidadores/Dependencia Session 27: Caregivers/Dependency 210
Mesa 28: Violencias Session 28: Violences 218
Mesa 29: Gestión de cuidados y del personal Session 29: Care and personnel management 225
Mesa 30: Práctica clínica avanzada Session 30: Advanced clinical practice 234
Mesa 31: Promoción de la salud / Educación sanitaria Session 31: Health promotion / Health education..... 244
2ª Sesión V jornada de doctorandos V International Doctoral Student' Workshop..... 250
Mesa 32: Proceso crónicos Session 32: Cronic processes 253
Mesa 34: Cuidados a pacientes críticos/agudos Mesa 34: Acute/critical patient care 258
Mesa 35: Cuidados a pacientes dependientes Session 35: Dependent pacient care 276
Mesa 37: Enfermedad renal Session 37: Renal disease..... 286
Mesa 38: Metodologías cualitativas Session 38: Qualitatives methods..... 296
Mesa 39: Desigualdad en salud Session 39: inequiality in health..... 303
Mesa 40: Envejecimiento, fragilidad y salud mental Session 40: Aging, fragility and mental healthSession..... 308
Mesa 41: Cuidados materno-infantiles Session 41: maternal and child care 322
Mesa 42: Gestión de cuidades personal Session 42: Personal care management..... 345
Mesa 43: Evaluación de intervenciones en cuidados Session 43: Evaluation of care interventions..... 352
Mesa 44: Metodología docentes Session 44: Educational methods..... 365
Mesa 45: Docencia Session 45: Educational aspects..... 388
Mesa 46: COVID-19 Session 46: COVID-19..... 406

Mesa 48: Salud y género. Promoción de la salud Session 48: Health and gender. Health promotion 424
POSTER 2..... 430
POSTER 3..... 433
POSTER 4..... 436
POSTER 5..... 440
POSTER 6..... 445
POSTER 7..... 449
POSTER 9..... 459
POSTER 10..... 463
POSTER 11..... 466
POSTER 12..... 470
POSTER 14..... 473
POSTER 15..... 476
POSTER 17..... 479
POSTER 18..... 483
POSTER 19..... 485
POSTER 21..... 488
POSTER 23..... 491
POSTER 32..... 494
POSTER 33..... 497
POSTER 34..... 500
POSTER 38..... 503
POSTER 39..... 505
POSTER 40..... 509
POSTER 41..... 511
POSTER 44..... 513
POSTER 47..... 516
POSTER 48..... 520
POSTER 58..... 522
POSTER 59..... 524
POSTER 61..... 526
POSTER 62..... 529

Mesa 1: Evaluación de intervenciones en cuidados
Session 1: Care intervention evaluation

AUTORES/AUTHORS:

Nathália Rosa, Campus Docent Sant Joan de Deu, Departament of Medicine and Life Sciences - Universidad Pompeu Fabra. *https://orcid.org/0000-*0003-1159-8442.

Olena Tigova, CIBER en Enfermedades Respiratorias (CIBERES); Institut Català d'Oncologia (ICO); Universidad de Barcelona (UB); Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL).

Laura Anton, CIBER en Enfermedades Respiratorias (CIBERES); Institut Català d'Oncologia (ICO); Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL).

Maria Eugenia Fernandez, Center for Health Promotion and Prevention Research, University of Texas Health Science Center at Houston, School of Public Health.

Esteve Fernández, CIBER en Enfermedades Respiratorias (CIBERES); Institut Català d'Oncologia (ICO); Universidad de Barcelona (UB); Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL).

Cristina Martínez, CIBER en Enfermedades Respiratorias (CIBERES); Institut Català d'Oncologia (ICO); Universidad de Barcelona (UB); Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL); University of California, San Francisco (UCSF).

TÍTULO/TITLE:

Adapting an evidence-based "Smoke-free home" intervention in Catalonia through a qualitative research process.

Objective

Adapt the "Some things are better outside" intervention that promotes a voluntary adoption of smoke-free homes in Catalonia using a qualitative research approach. This intervention is a mixed methods study to better understand the factors that might influence smoke-free home policies in Catalonia.

Methods

We use a participatory approach with different phases to adapt the intervention material. To start the adaptation process, we convened an expert group comprised of researchers, representatives of local public health organisations, communitarian health, and participative research experts. The group initially reviewed the intervention materials, mapping the intervention components and comparing them to local needs. Eleven in-depth interviews were conducted with intervention implementers and potential program participants in the next step. Further, three focus groups were conducted to review and discuss the materials with the potential users. The expert group discussed preferences for various materials including the design elements, language, and look, and reached a consensus about the modifications to be made. This study was approved by the ethics committee of research at the Bellvitge University Hospital and all participants provided informed consent.

Results

Overall, key stakeholders and potential users of the intervention reported a good fit of the intervention in terms of messaging and images although there were some specific recommendations to better respond to the local cultural characteristics (e.g., photos of local people, housing characteristics, etc.). The most common adaptations included tailoring, refining, changing packaging, adding, and substituting. The major goals of the modifications were addressing cultural factors, increasing reach, improving the fit with users, and reducing cost. Stakeholders had many suggestions about implementation through schools in Catalonia and believed it would be an effective way to reach parents allowing smoking in homes.

Discussion

A systematic participatory approach involving key stakeholders of the intervention implementation was important for adapting a smoke-free home intervention to the Catalan context. Participatory processes encourage the generation of contextualised and relevant evidence for decision-making. This methodology allows for the construction of realistic and culturally appropriate solutions and can help improve implementation, adherence, and sustainability in applied research projects such as this. By actively involving people in all stages of the research, collective learning and shared decision-making are promoted. This leads to the implementation of more informed policies and practices, based on the reality, and needs of communities. We recommend the use of this participative approach to guide intervention adaptations.

AUTORES/AUTHORS

- Laura Alicia Rubio Casado. Servicio Madrileño de Salud. Centro de Salud Estrecho de Corea. ORCID: 0000-0002-1784-6008
- María Victoria Navarta Sánchez. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Enfermería. ORCID: 0000-0002-9122-2260
- Borja Jesús Herraiz Ahijado. Servicio Madrileño de Salud. Centro de Salud Pacífico. ORCID: 0000-0002-3399-6188.
- María Carmen Domínguez Encinas. Servicio Madrileño de Salud. Centro de Salud Daroca.
- Belén Peláez Raposo. Servicio Madrileño de Salud. Centro de Salud Pacífico.
- María Gutiérrez García. Servicio Madrileño de Salud. Centro de Salud Goya.
- Alicia Martín Lara. Servicio Madrileño de Salud. Centro de Salud Goya.
- María Ángeles Gallego Rubio. Servicio Madrileño de Salud. Centro de Salud Goya.
- Ana Palmar Santos. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Departamento de Enfermería. ORCID: 0000-0003-2294-390X

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de una intervención para mejorar el proceso de convivir con la enfermedad de Parkinson en ámbito comunitario

Palabras clave

Atención integral, Cuidador familiar, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad Crónica, Intervención Comunitaria.

Objetivo(s)

Evaluar una intervención multisectorial para mejorar el proceso de convivir con la enfermedad de Parkinson (EP) en pacientes y familiares cuidadores, optimizando el uso de recursos y sistemas de apoyo en el ámbito comunitario.

Métodos

Estudio de viabilidad de una intervención comunitaria, en 6 centros de salud de diferentes áreas y niveles socioeconómicos de Madrid, que hacen seguimiento a un número representativo de pacientes con Parkinson, junto con el Hospital Universitario de La Princesa. La intervención evaluada consistió en: 1) Formación de los profesionales reclutados para el proyecto, 2) Co-creación de un mapa de recursos comunitarios, 3) Realización de 3 consultas por parte de un profesional de enfermería con cada persona con Parkinson y su familiar cuidador, para ofrecerles un recurso comunitario personalizado (se utilizaron la Escala de convivencia con una enfermedad crónica[1] y la herramienta CSNAT[2], para valorar las necesidades de pacientes y familiares respectivamente), y evaluar su seguimiento y satisfacción.

Participantes: personas con EP, sin deterioro cognitivo y su familiar cuidador principal y profesionales representativos de cada uno de los centros de referencia que habían colaborado en la intervención.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, con un guion temático basado en la estructura del proyecto. Se llevó a cabo un análisis temático, siguiendo las etapas propuestas por Braun & Clarke[3].

Consideraciones éticas: Aprobación por los comités de ética del Hospital Universitario de La Princesa y de Atención Primaria de Madrid. Todos los participantes fueron informados del estudio y firmaron un consentimiento informado escrito.

Resultados

En el estudio participaron 6 profesionales, 6 pacientes con EP y 5 familiares.

Las entrevistas apuntaron a los beneficios de establecer canales estables de coordinación para las personas con enfermedad de Parkinson y sus familiares cuidadores, así como vincular el uso de los recursos comunitarios en las diferentes etapas de la enfermedad. Los profesionales reconocen los beneficios en incorporar este tipo de estrategias personalizadas y multisectoriales a su trabajo en consulta, extensible a todos los pacientes y no solo con EP.

Discusión

A pesar de la presión asistencial sobre Atención Primaria, esta intervención comunitaria es percibida como un punto de partida hacia estrategias que tiendan a favorecer el acceso personalizado a información sobre terapias y recursos dirigidos a mejorar el bienestar físico y emocional en pacientes con EP y sus familiares cuidadores. Además, se ha visibilizado la necesidad de la colaboración entre profesionales de enfermería y otros sectores (cultural, deportivo, voluntariado), y la creación de un mapa de recursos colaborativo entre los centros de salud participantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ambrosio L, Portillo MC, Rodriguez-Blazquez C, Rodríguez Violante M, Martinez-Castrillo JC, Campos Arillo V, et al. Living with Chronic Illness Scale: International validation of a new elf-**report measure in Parkinson's disease.** *Npj Parkinson's Disease*. 2016;2:1-6.

2. Micklewright K, Farquhar M. Does the carer support needs assessment tool cover the established support needs of carers of patients with chronic obstructive pulmonary disease? A systematic literature search and narrative review. *Palliative Medicine*. 2020;34(10):1305-1315. doi:10.1177/0269216320939243

3. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

9) Otros aspectos del trabajo: se deberá declarar si el estudio,

i. **Tiene la aprobación del Comité de ética clínica correspondiente y si ha**

recabado el consentimiento informado de los participantes: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario de la Princesa CEIm CEIm 4/22, y por la Comisión Central de Investigación de Atención Primaria de Madrid.

ii. **Los autores tienen conflicto de intereses:** no existen conflictos de intereses.

i. **Si los autores han utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción:** no se han utilizado.

AUTORES/AUTHORS:

Noriega Linares, Elena*; Zaballos Bautista, María del Carmen*; Cejudo Hontiyuelo, María del Carmen*; Perez Rolo, M Candelaria*; Perez Lopez, Miren Edurne**.

*Enfermera. Hospital Universitario Rio Hortega. Valladolid.

**TCAE. Hospital Universitario Rio Hortega. Valladolid.

TÍTULO/TITLE:

Implantación de medidas de promoción del sueño en pacientes hospitalizados. Proyecto piloto.

Palabras clave

Calidad del sueño/sleep quality. Unidades de internación/inpatient care units Práctica clínica basada en la evidencia/Evidence-based practice

Objetivo

Analizar los resultados de implantación de medidas de promoción del sueño en pacientes hospitalizados.

Métodos

Estudio cuasiexperimental.

Población: pacientes ingresados en las unidades de hospitalización (UH) del Hospital Universitario Rio Hortega (HURH).

Se seleccionaron por conveniencia tres UH para implantar de forma piloto medidas de promoción del sueño: Psiquiatría, Neumología y Medicina Interna.

Para valorar la calidad del sueño antes y después de la implantación se reclutaron de forma consecutiva pacientes que llevasen más de tres noches de ingreso y aceptasen cumplimentar el cuestionario.

Variables

- Demográficas: edad, sexo y UH.
- Dependiente: calidad del sueño medida a través del Cuestionario Oviedo del sueño (COS). Cuestionario validado (coeficiente alfa de Cronbach 0,76). Con 15 items agrupados en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño, insomnio, hipersomnia.
- Independiente: implantación de medidas de promoción del sueño en pacientes hospitalizados según recomendaciones del proyecto Sueñon:
  - Medidas ambientales: ruidos, iluminación..-
  - Medidas de organización del trabajo: adecuación de horarios de cambios posturales y pañal.

Se recogieron datos preimplantación en junio-julio de 2021 y postimplantación en octubre-noviembre 2022.

Se realizó el análisis de datos con SPSS 25.0, descriptivo mediante proporciones y medias e inferencial con test de T de Student (nivel de significación 0,05).

Resultados

135 sujetos, edad media 57,5 (±18,9), 60 preimplantación y 75 postimplantación. 51% de los incluidos eran hombres. Por unidades se distribuían: psiquiatría 25,2%, neumología 37% y medicina interna 37,8%.

En el global de la muestra se encontraron diferencias significativas en las medias de las tres subescalas del COS:

- Satisfacción subjetiva: pre 3,6 (±1,6); post 4,3 (±1,3). P=0,005
- Insomnio: pre 27,7 (±9,2); post 21,7 (±8,2). P=0,000
- Hipersomnia: pre 7,2 (±3,3); post 5,95 (±3). P=0,02

Por unidades se encontraron diferencias significativas en casi todas las medias pre-post en psiquiatría y medicina interna pero no en neumología.

U. Psiquiatría:

- Satisfacción subjetiva: pre 2,9 (±1,3); post 4,2 (±1,7). P=0,041
- Insomnio: pre 29,7 (±4,8); post 22 (±10,3). P=0,006
- Hipersomnia: pre 9 (±3); post 6,5 (±3,6). P=0,074

U. Neumología:

- Satisfacción subjetiva: pre 4 (±1,4); post 4,4 (±1,5). P=0,327
- Insomnio: pre 22,5 (±6,9); post 24 (±7,4). P=0,458
- Hipersomnia: pre 6,7 (±3); post 6,4 (±3). P=0,36

U. Medicina Interna:

- Satisfacción subjetiva: pre 3,4 (±1,8); post 4,3 (±0,7). P=0,026
- Insomnio: pre 32 (±9,8); post 19,1 (±5,9). P=0,000
- Hipersomnia: pre 7,1 (±3,6); post 5 (±2). P=0,012

Discusión

La calidad del sueño se ha incrementado en las tres unidades piloto, pero de forma heterogénea. Siendo más significativo en la unidad de Medicina Interna, con un descenso de 12,9 en la subescala de insomnio.

La unidad con menores diferencias pre-post fue neumología, con valores pre cercanos a los postintervención globales.

Conclusión

Los resultados de implantación de medidas de promoción del sueño fueron positivos en el proyecto piloto.

Tras estos resultados se propone extender las medidas al resto de unidades de hospitalización para que todos los pacientes puedan beneficiarse durante su estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bellon, F., Stremler, R., Rubinat-Arnaldo, E., Padilla-Martínez, J. M., Casado-Ramirez, E., Sánchez-Ortuño, M., Gea-Sánchez, M., Martin-Vaquero, Y., Moreno-Casbas, T., & Abad-Corpa, E. (2022). Sleep quality among inpatients of Spanish public hospitals. Scientific Reports, 12(1), 1–11. https://doi.org/10.1038/s41598-022-26412-7

Burger, P., Van den Ende, E. S., Lukman, W., Burchell, G. L., Steur, L. M. H., Merten, H., Nanayakkara, P. W. B., & Gemke, R. J. B. J. (2022). Sleep in hospitalized pediatric and adult patients – A systematic review and meta-analysis. Sleep Medicine: X, 4, 100059. https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2022.100059

García, J. B., González G.-Portilla, M. P., Sáiz Martínez, P. A., Bascarán Fdez., M. T., Alvarez, C. I., & Juan, J. M. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. In Psicothema (Vol. 12, Issue 1, pp. 107–112).

Hillman, D. R., Carlucci, M., Charchaflieh, J. G., Cloward, T. V., Gali, B., Gay, P. C., Lyons, M. M., McNeill, M. M., Singh, M., Yilmaz, M., & Auckley, D. H. (2023). Society of Anesthesia and Sleep Medicine Position Paper on Patient Sleep During Hospitalization. Anesthesia & Analgesia, 136(4), 814–824. https://doi.org/10.1213/ane.0000000000006395

Otros aspectos

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses ni haber utilizado inteligencia artificial en el desarrollo del presente trabajo.

AUTORES/AUTHORS:

Morán del Pozo, Claudia (A) [ORCID: 0000-0001-6083-3870]; Marín Perales, Cristina (B); López Narro, Eva (C); Martínez Zujeros, Sergio (C); Querencias García, Pilar (C); Serrano Muñoz, Macarena (C); Salcedo Guijarro, Montserrat (C); Martínez López, Rosa María (C); Serrano Molina, Lucía (C).

A) Unidad de Ensayos Clínicos IBIMA - Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

B) Centro de Salud Santa Mónica, Rivas-Vaciamadrid.

C) Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid.

TÍTULO/TITLE:

Implantación de mejoras en el uso de absorbentes para incontinencia en pacientes hospitalizados

Palabras claves

pañales para la incontinencia, incontinencia urinaria, enfermería, estado funcional.

Objetivos

En 2019 se realizó un estudio para conocer el uso de absorbentes en el centro, manifestándose un gran porcentaje de pacientes incontinentes y la existencia de un tipo de absorbente: pañal anatómico con elásticos con capacidad 900-1200 ml, en dos tallas (grande y extra grande). Durante 2021 y 2022, se propusieron y llevaron a cabo mejoras, que incluyeron proporcionar información a los acompañantes y profesionales, así como ampliar la variedad de tipos de absorbentes disponibles Se elaboraron unas recomendaciones para el uso adecuado de absorbente según el tipo de incontinencia y estado funcional.

- Pañal anatómico con elásticos: Recomendado para pacientes encamados o con movilidad limitada a sillón-cama, con deterioro cognitivo severo, incontinencia completa o fecal, o incontinencia urinaria por rebosamiento.
- Braga-pañal: Recomendado para pacientes con movilidad autónoma o con asistencia ocasional, con deterioro cognitivo leve a moderado o incontinencia urinaria por estrés o urgencia.
- Compresa: Recomendada para pacientes con movilidad autónoma y sin deterioro cognitivo que tienen incontinencia urinaria por estrés.

Para este estudio los objetivos planteados son:

- Describir la implantación de medidas para la mejora del uso de absorbentes en pacientes con incontinencia.
- Conocer el número de profesionales que están familiarizados con la documentación relacionada.
- Identificar si se han seguido las recomendaciones en el uso de absorbentes.
- Conocer el motivo por el que los pacientes usan absorbente.
- Conocer la satisfacción de los pacientes usuarios de absorbentes en cuanto a tamaño y sensación de humedad.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo longitudinal en unidades médicas de geriatría, media estancia y medicina interna. La población de estudio incluyó a usuarios de absorbentes y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs). Los criterios de inclusión fueron unidades donde se habían implantado mejoras, mientras que los criterios de exclusión fueron pacientes con deterioro cognitivo (según Escala Pfeiffer >4) y que no aceptaban participar voluntariamente. Se elaboraron 2 cuadernos de recogida de datos. Uno para pacientes, para el estudio de las variables: edad, sexo, motivante para el uso de absorbente, tiempo de uso, tipo absorbente, tipo incontinencia, incontinencia registrada en historia clínica, estado funcional, satisfacción talla y humedad. Y otro para TCAEs donde se recogieron variables de: conocimiento de la documentación relacionada y satisfacción con los tipos de absorbentes. Se recogió información sobre los pacientes a través de entrevista con ellos mismos, con TCAE a su cargo y por medio de observación directa. Se entrevistó a las TCAEs para conocimiento de la documentación relacionada y satisfacción con los tipos de absorbentes. Ambos cuestionarios, fueron pilotados previamente. Se recogieron respuestas desde el 27/03/23-27/04/23. Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, y se calculó la media y la desviación estándar para variables cuantitativas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación Clínica, y se solicitó la participación voluntaria y el consentimiento de los participantes.

Resultados

De las cuatro unidades médicas participantes, dos implementaron las mejoras: la Unidad de Media Estancia y Medicina Interna. De 74 pacientes ingresados, 29 cumplieron criterios de inclusión. Se entrevistó a 42 TCAEs.

De la muestra de pacientes, la edad media fue de 84,13 años (DT +-8,23 años), el 55% eran mujeres, el 86% utilizaban absorbente por incontinencia, estando presente la incontinencia urinaria en el 72%. El 86% utilizaban absorbente durante el día y la noche, y el tipo braga-pañal era el más común en el 66% de los participantes. El 100% utilizaban el absorbente según las recomendaciones descritas. El 55% consideraban grande el absorbente, y el 69% se sentían secos.

En cuanto a la recogida de información a profesionales, participaron el 100% de las TCAEs en plantilla de las unidades anteriormente nombradas. El 43% conocía la hoja de recomendaciones dirigida a acompañantes, el 90% conocía el procedimiento sobre uso adecuado de absorbentes y el 100% estaban satisfechas con los tipos de absorbentes existentes.

Discusión

Este estudio describe las mejoras implantadas para el uso adecuado de los absorbentes, lo que constituye una de las estrategias para el cuidado del paciente incontinente. Aunque se han reducido los problemas identificados en 2019 gracias a las medidas incorporadas, se destaca la necesidad de mejorar la comunicación para que estas actualizaciones puedan trasladarse a todas las unidades del centro. Los hallazgos pueden ser inspiradores para otros

centros, dado que la incontinencia es uno de los signos geriátricos más frecuentes y la población continúa envejeciendo. A destacar que la recogida de datos se vio influenciada por la gran rotación de Enfermeras y TCAEs (aproximadamente unos 100 profesionales entre las dos categorías) debido a la toma de posesión de plaza fija de la Oposición de Empleo Púbico del SERMAS 2019.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Boletín Canario de uso racional del medicamento. Autores: Gómez Rodríguez de Acuña A, Padilla Luz A, Pérez Pérez A, González Gómez CM. Edita: Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de Salud. ISSN: 1889-0938. Vol 1. Nº 3. Abril 2009.

NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros. (2021-2023). Definiciones y Clasificaciones. Madrid: Elsevier. [Acceso 17/01/202]. Disponible en: https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda/

Martín Tuda C, Carnero Fernández MP. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. Enferm. glob. [Internet]. 2020; 19(57): 390-412.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100012&lng=es. https://dx.doi.org/eglobal.19.1.368611.

Palomar-Llata F, Fornes-Pujalte B, Sierra-Talamantes C, Landete-Belda L, Diez-Fornés P, Castellano-Rioja E, Fernández-García D, Bonias-López J, Moreno-Hernández A, Murllo-Escutia A, Seller-Arias M. Estudio del uso de dispositivos absorbentes en pacientes incontinentes institucionalizados aplicando una escala de valoración de dermatitis de pañal por humedad. Enfermería dermatológica. 2013;20:14-30.

Otros aspectos del trabajo

i. El estudio fue aprobado por el Comité de ética clínica correspondiente y se solicito el consentimiento a los participantes.
ii. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.
iii. Los autores no han utilizado inteligencia artificial para el proceso de redacción.

Mesa 2: Salud mental
Session 2: Mental health

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Díaz de la Villa (51461044Q), Anna Aguilar Palacios, Carlota Enríquez Bellver, Teresa Ramiro Molano, Sara Sánchez García, Alejandra Blanca San Antonio Gil, Ana Morales Molina, Luis Javier Rivera Vicente, Daniel Muñoz Jiménez

cristina.diazdela@salud.madrid.org
anna.aguilar@salud.madrid.org
carlota.enriquez@salud.madrid.org
tramiro@salud.madrid.org
ssanchezgarcia3@salud.madrid.org
alejandra.san@salud.madrid.org
ana.morales@salud.madrid.org
luisjavier.rivera@salud.madrid.org
dmunoz@salud.madrid.org

TÍTULO/TITLE:

Valoración del riesgo de suicidio mediante la Escala de Severidad Suicida C-SSRS en pacientes psiquiátrico hospitalizados

Palabras clave

Prevención del suicidio, ideación suicida, evaluación en enfermería, salud mental

Introducción

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 700.000 personas se suicidan en el mundo al año, lo que supone aproximadamente 1 de cada 100 muertes, lo que constituye actualmente un problema prioritario de salud pública.

El suicidio constituye la primera causa de muerte externa no natural en España por encima de los accidentes de tráfico, que tradicionalmente y durante muchos años ocupó este lugar. En el año 2020 aproximadamente un 25% de todos los fallecimientos por causas externas fueron debidas al suicidio (29% en hombres y 17% en mujeres). Este mismo año se produjeron en España 2,7 veces más suicidios que accidentes de tráfico (2,5 en hombres y 3,4 en mujeres)

El programa BPSO (*Best Practice Spotlight Organization®)* liderado por enfermería que promueven las Guías de Práctica Clínica como herramienta fundamental para la implantación de la práctica basada en la evidencia. Con estas premisas se decidió implantar la guía de valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida en el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental de Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos

Conocer el nivel de implantación de la valoración de la severidad suicida mediante la escala C-SSRS en una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría.

Describir el nivel de riesgo suicida en las valoraciones realizadas a la población ingresada y las características asociadas a dicho riesgo.

Métodos

Estudio descriptivo transversal mediante análisis de historia clínica electrónica. La población fueron pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de un hospital de tercer nivel, integrada por un área de psiquiatría de adultos de 28 camas y otra de adolescentes de 6 camas. La totalidad de los pacientes ingresados entre el 15 de noviembre de 2022 y el 15 de mayo de 2023 constituyeron la muestra, sobre la que se analizaron los registros de valoración del riesgo de suicidio basados en la Columbia-Escala de Severidad Suicida C-SSRS. Las variables descritas fueron incidencia de registro, evaluación por ítems de C-SSRS y nivel de riesgo. Los resultados se estratificaron por áreas (adultos/adolescentes). Para el análisis estadístico se emplearon las frecuencias absolutas y relativas en las variables cualitativas y se utilizó el paquete estadístico SPSS v21.

Resultados

Se registraron 364 ingresos, 325 (89,2%) fueron en el área de hospitalización de psiquiatría de adultos, siendo de carácter urgente 317 (97,5%) y 8 (2,4%) programados. En el área de adolescentes se registraron 39 (10,8%) ingresos, todos de carácter urgente.

La valoración del riesgo de suicidio mediante C-SSRS se registró al ingreso en 228 (70,1%) de los ingresos de adultos y en 22 (56,4%) de adolescentes.

El análisis por ítems muestra que 127 (55,7%) ingresos en adultos y 13 (59%) adolescentes manifiestan el deseo estar muerto o poder dormirse y no despertar, 114 (50%) valoraciones en adultos y 11 (50%) en adolescentes indican que han tenido realmente la idea de suicidarse, 90 (39,4%) en adultos y 10 (45,4%) en adolescentes han pensado cómo llevarían esto a cabo, 93 (40,7%) en adultos y 10 (45,4%) adolescentes han tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo, 51 (22,3%) en adultos y 5 (22,7%) en adolescentes han comenzado a elaborar o han elaborado los detalles de cómo suicidarse y finalmente 52 (22,8%) valoraciones de adultos y 4 (18,1%) en adolescentes han hecho algo o ha comenzado a hacer algo para acabar con su vida.

Los resultados globales de C-SSRS muestran que no se detectó riesgo en 94 (41,2%) ingresos de adultos y 9 (40,9%) de adolescentes, riesgo leve 29 (12,7%) y 3 (13,6%), moderado 12 (5,2%) en adultos y riesgo severo en 93 (40,7%) adultos y 10 (45,4%) adolescentes.

Discusión

El nivel de riesgo de ideación suicida en población psiquiátrica hallado en este estudio es coincidente con revisiones

de literatura que lo aproximan al 50,4%, nivel que se ha incrementado en los últimos años, especialmente en la población infanto-juvenil.

La evidencia muestra que la implantación de herramientas validadas para la valoración del riesgo de suicidio, como la escala C-SSRS, pueden facilitar la identificación de ideación suicida, pero no deben ser empleadas de manera aislada sino incorporadas en la valoración integral del paciente psiquiátrico y en el seguimiento durante la hospitalización mediante diferentes técnicas como por ejemplo el briefing diario que realizamos en nuestra unidad.

Durante la implantación de la guía sufrimos un cambio del sistema informático pasamos de Gacela a Selene y aunque evitamos el mes de la implantación, en la recogida de los datos, dicho cambio supuso un gran reto para los profesionales e institución lo que podría justificar que la muestra sea alta pero no llegue al 100% por lo que no alcanza uno de los objetivos propuestos.

Además, debemos señalar que la guía se diseñó en exclusiva para la unidad de adultos, pero puesto que el personal sanitario es el mismo que en la unidad de adolescente con el cambio del sistema informático hemos observado que se ha generalizado su uso en ambas unidades. La BPSO afirma que no existe suficiente evidencia científica en población infantil, lo que no niega. su uso por lo que nuestras propuestas como futuras líneas de investigación irán encaminada a implantar la guía en la unidad de adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Melhem, N. M., Porta, G., Oquendo, M. A., Zelazny, J., Keilp, J. G., Iyengar, S., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B., Mann, J. J., & Brent, D. A. (2019). Severity and Variability of Depression Symptoms Predicting Suicide Attempt in High-Risk Individuals. JAMA psychiatry, 76(6), 603–613. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4513

Giddens, J. M., Sheehan, K. H., & Sheehan, D. V. (2014). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Has the "Gold Standard" Become a Liability?. Innovations in clinical neuroscience, 11(9-10), 66–80.

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. The American journal of psychiatry, 168(12), 1266– 1277. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704

Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2016). Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el

Riesgo de Suicidio). Revista de psiquiatria y salud mental, 9(3), 134–142. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002

Syndergaard, S., Borger, J., Klenzak, S., Grello, A., & Adams, A. (2023). Implementation of Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) as a Universal Suicide Risk Screening tool in a High Volume Emergency Department. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research, 27(2), 769–779. https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2066495

[6] Morales-Romero, A., González-María, E., Ramos-Ramos, M. A., Hidalgo-López, L., Zurita-Muñoz, A. J., Quiñoz-Gallardo, M. D., ... & Albornos-Muñoz, L. (2020). Implantación de la valoración y el cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida: una Guía de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Enfermería Clínica, 30(3), 155159.

Otros aspectos

Los autores niegan tener conflicto de interés y niegan el uso de inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

AUTORES/AUTHORS:

Maria Roviralta Viella[1], Jorge David Jiménez Jiménez[2] , Maria del Rosario Valera Fernández[3], Laura Ojeda Diaz[4] , Regina Carreras Salvador [5], Marta Anguera Manrique[6]

[1] ORCID: 0000-0001-8304-281x

[2] ORCID: 0000-0001-8374-482X

[3] ORCID: 0000-0002-9898-6685

[1-6] Institut Salut Mental, Hospital del Mar de Barcelona.

TÍTULO/TITLE:

Influencia del perfil sociodemográfico y clínico de usuarios en relación al cumplimento en programa de gestión de casos

Palabras clave

gestión de casos, atención comunitaria, salud mental, participación activa

Objetivo(s)

Determinar si existe relación entre los factores socio-demográficas y clínicos de los usuarios incluidos en el Plan de Soporte Individualizado con el cumplimiento de objetivos respecto al plan terapéutico.

Métodos

Para dar respuesta a los objetivos planteados, se ha propuesto un diseño cuantitativo cuyos datos se recopilaron a través de las historias clínicas entre los años 2012-2022. La muestra la formaron 128 pacientes incluidos en el servicio del Plan de Soporte Individualizado del Parc de Salut Mar de Barcelona, cubriendo tres áreas geográficas de intervención: el distrito de Sant Martí en Barcelona, la ciudad de Santa Coloma de Gramenet y el barrio de la Mina de Sant Adrià del Besós. Las características socio-demográficas y clínicas se resumieron mediante estadística descriptiva. En el análisis bivariado, las pruebas estadísticas utilizadas fueron la t de student para muestras independientes y la de chi-cuadrado para el resto de variables categóricas. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS (versión 25).

Resultados

La media de edad de las personas fue de 40,66 (DE 12,25) con una representación femenina muy similar a la masculina (48,4% y 51,6% respectivamente). El 81,3% estaban solteros. En cuanto a la situación laboral el 52,3% eran pensionistas, el 25,0% tenían reconocida una incapacidad laboral y un 18,0% se encontraba en situación de desempleo. Como variable clínica, el diagnóstico predominante fue el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos con un 63,50% seguido de un 20,31% de trastornos afectivos. En el 72,7% no constaba consumo de tóxicos.

En el análisis estadístico efectuado en la comparación de variables, se observaron diferencias significativas entre el tiempo de estancia en el programa y el cumplimiento de los objetivos (p<0.001, 95% IC (5,723-15,264). Por otro lado, se observaron diferencias significativas en relación a la participación del usuario y el cumplimiento de objetivos; a mayor participación, mayor cumplimiento de objetivos (p<0.001). Del resto de variables categóricas analizadas cabe destacar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al cumplimiento.

Discusión

Este estudio pretendía explorar la relación entre los factores socio-demográficos y clínicos de los pacientes vinculados al Plan de Soporte Individualizado con el cumplimiento de objetivos respecto al plan terapéutico. En este sentido y coincidiendo con otros estudios, los resultados muestran que la participación del usuario en el proyecto terapéutico individualizado es clave para el cumplimiento de los objetivos. Sin embargo, otros factores como el consumo de tóxicos o el diagnóstico clínico no resultaron determinantes para este estudio.

Como implicaciones para la práctica, en los programas basados en el modelo de gestión de casos en salud mental, los resultados de este estudio refuerzan y ponen de manifiesto la importancia de promover la autonomía y fomentar la participación activa de los usuarios para alcanzar los objetivos de la intervención y mejorar resultados de salud.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Anglès J, Mas-Expósito L, Casamada I, Cebrià I, Lozano Y, San Emeterio M, Teixidó M, Lalucat-Jo L. (2018). Evaluación del Plan de Servicios Individualizado tras diez años de funcionamiento en dos distritos de Barcelona. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38(134), 401-417.

Lim CT, Caan MP, Kim CH, Chow CM, Leff HS, Tepper MC. (2022). Care management for serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. Psychiatric Services, 73(2), 180-187.

Duncan A, Dainty KN, Wodchis WP, Kirst M, Stergiopoulos V. (2021). A principles-focused evaluation of community mental health short-term case management. Evaluation and Program Planning, 89, 102012.

Bujold, M., Pluye, P., & Légaré, F. (2022). Decision-making and related outcomes of patients with complex care needs in primary care settings: a systematic literature review with a case-based qualitative synthesis. BMC Primary Care, 23(1), 279.

Otros aspectos del trabajo

i. Los resultados descritos forman parte del estudio que lleva por título *"Impacto del modelo de gestión de casos en salud mental, mejora de los indicadores de atención en salud y costes adicionales"* que ha sido evaluado por el CEIm del Hospital del Mar, con número de referencia 2023//11058 y está en espera de aprobación definitiva. El CEIm ha aceptado la exención del consentimento informado del estudio por las características del mismo.

ii. No existe conflicto de intereses por parte de los autores.

iii. No se ha utilizado en el presente estudio ninguna herramienta de IA.

AUTORES/AUTHORS:

Elena Ferreiro Tiemblo, María Olarizu Olalde Ortiz, Carmen Suarez Urquiza, Paloma González Fontecha, Mónica Aguado García, María Gamarra Hernández.

TÍTULO/TITLE:

Eficacia de una sala confort para reducir las contenciones mecánicas en rehabilitación funcional en salud mental

Palabras clave

Salud Mental, Agitación Psicomotora, Sujeción Mecánica, Sala confort, Cuidados de Enfermería.

Objetivos

OBJETIVO PRINCIPAL

- Determinar la efectividad de una sala confort sensorial en el Área de Rehabilitación Funcional (ARF) para reducir las contenciones mecánicas. Se consideraría efectivo si disminuyen un 5% en el grupo intervención con respecto al anterior.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Comparar el número de contenciones y aislamientos respecto al año anterior en el grupo intervención (GI) y grupo control (GC).
- En el GI:
  - Comparar el número de contenciones y número de aislamientos en el año en el que se realiza la intervención con respecto al año anterior.
  - Valorar subjetivamente por parte de los/las pacientes la sala a través del "formulario de uso de la sala confort. Evaluación y propuestas de mejora".
  - Valorar subjetivamente por parte de los/las profesionales la efectividad tras el uso de la sala por parte de los/las pacientes a través del "formulario del uso de la sala confort y evaluación y propuestas de mejora"
  - Describir si hay una disminución de la escala PEC registrado a través del "formulario y uso de la sala confort y evaluación y propuestas de mejora".

Métodos

Se formuló la siguiente pregunta en formato PICO: ¿Es eficaz la utilización de una sala confort-sensorial en el control de la agitación en pacientes ingresados en un área de rehabilitación funcional en salud mental?

- P (Población): Personas ingresadas en el ARF del Hospital Psiquiátrico de Álava.
- I (Intervención): Uso de una sala confort-sensorial.

- C (Comparador): No utilización de una sala confort-sensorial.
- O (Resultados): Disminuir la agitación psicomotriz.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en:

- Bases de datos: Medline a través de Pubmed, Cochrane, Cuiden, Cinalh y Scopus.
- Biblioteca Virtual: Scielo.

Se utilizaron los siguientes filtros:

- Estudios publicados en los últimos 10 años
- Idioma: inglés, francés y español.
- Palabras claves: comfort room, mental health y psychomotor agitation.

Operadores booleanos: AND/OR.

Tras la revisión se añadieron los artículos pertinentes y se realizó una revisión manual de las referencias de los artículos de interés; así como la búsqueda en otros recursos (OMS), Guías de práctica clínica y la Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental.

Diseño

Se plantea un ensayo clínico, controlado y no aleatorizado con personas con TMG (Trastorno mental grave) persistente y/o con alteraciones conductuales con presencia o no de conductas disruptivas o agresivas y/o deterioro cognitivo ingresadas en el ARF de Salud Mental.

El estudio se comenzó tras la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (Expte 2020007).

En el planteamiento inicial del estudio se consideró que la sala confort fuera utilizada por todos los pacientes con TMG atendidos en el ARF. Sin embargo, con el inicio de la pandemia por el virus covid-19, se decidió separar a los pacientes en dos unidades para disminuir los contactos de positivo. Y por ello se utilizó una unidad como GC y otra como GI. Asimismo, resulta importante señalar que los/as pacientes que forman parte de la unidad del GI presentan un estado mental más grave que los del GC. Por lo que ya desde el momento inicial del estudio son dos poblaciones con características diferentes.

Este cambió se comunicó al CEIC que emitió de nuevo informe favorable a los cambios.

Grupo intervención: Personas con TMG y persistente ingresadas en un ARF con acceso a la sala confort en los momentos de agitación.

Grupo control: Personas con TMG y persistente ingresadas en un ARF. Sujetos de estudio:
Personas con TMG y persistente ingresadas en un ARF. Criterios de inclusión:

- Todos/as los/as pacientes ingresados en el ARF que presenten una agitación leve o moderada (puntuación ≤ 20 en la escala PEC) o a petición del paciente.
- Haber aceptado libremente la participación en la intervención y haber firmado el consentimiento informado (CI) tras leer la hoja de información al/la paciente y otra de información al/la tutora. Se consulta a expertos en lectura fácil para adaptar este documento.

Criterios de exclusión:

- Agitación grave y extremadamente grave (≥ 21 en escala PEC).
- Agresión física previa inmediata.
- Declinación de la firma de CI.
- Incumplir las normas de uso de la sala.
- Criterios de retirada:

- Podrán retirarse del estudio en cualquier momento. En caso de retirada de algún/a paciente podría ser reemplazado/a. Se recogerá la razón principal de retirada.

Variables:

Variable independiente: uso de la sala confort sensorial

Variables dependientes:

- Contención mecánica: intervención terapéutica extrema, mediante la aplicación de dispositivos restrictivos inmovilizadores para limitar la libertad de un paciente y garantizar su propia seguridad y/o la de otros.
- Escala PEC: instrumento de evaluación para evaluar el cambio en la agitación (también denominada PANSS-EC).
- Aislamientos: reclusión supervisada de un/a paciente por un periodo de tiempo con la finalidad de proteger al paciente, personal u otros daños serios.
- Formulario de uso de la sala confort y evaluación y propuestas de mejora.

Variables de ajuste.

- Edad: fecha de nacimiento (variable numérica)
- Sexo: 0 Hombre, 1 Mujer
- Nivel cognitivo: medición con la escala Minimental. Existen 2 versiones. Hemos escogido el que puntúa sobre 30. Se considera que hay deterioro cuando la puntuación es < 23 puntos.

- Variables clínicas
- Años de evolución de la enfermedad: variable numérica.
- Años de ingreso: variable numérica.
- Diagnóstico según CIE-10.
- Medicación de rescate: si/no

Intervención

Utilización de la sala confort sensorial decorada en tonos suaves y relajantes con motivos inspirados en la naturaleza. Dispone de sofá relax, mecedora, aromaterapia, cromoterapia, proyector, música, colchonetas, manta ponderada, pelotas antiestrés, balón...enseñando alternativas para afrontar y controlar la ansiedad y evitar que aumente la escalada de agitación, así como orientar en estrategias para ayudarle a relajarse y recuperar el autocontrol.

El paciente acude a la sala acompañado por el/la profesional; una vez dentro puede permanecer en ella solo/a o acompañado/a; a criterio del profesional teniendo en cuenta la opinión del paciente. La intervención es de 30 minutos aproximadamente y se puede utilizar varias veces durante el día.

Recogida y análisis estadístico de datos

Se formó a los/as profesionales del ARF en desescalada verbal para el manejo de la agitación psicomotriz aplicando esto como atención clínica habitual a ambos grupos. En el GI, esta herramienta comunicativa se aplicó dentro de la sala confort sensorial, mientras que en el GC en otros espacios, como en su habitación habitual o habitación de aislamiento. El resto de cuidados que se proporcionan en la unidad son los mismos que los recibidos antes del planteamiento del presente estudio.

Se formó a cada profesional que se incorporaba en el ARF en el uso de la sala gracias al apoyo de una “Guía clínica de uso de la sala confort” de elaboración propia.

El diseño y elementos que conforman la sala confort fue elegido por profesionales del ARF y pacientes ingresados/as en el mismo, con numerosas reuniones y formas de participación (visionado de un vídeo con posibles vinilos, música relajante, alternativas de suelos...).

Tras informar de manera clara a los pacientes ingresados/as en el ARF y a sus tutores/as se entregó el CI en 2 formatos (lectura fácil dirigido a los/as pacientes y otro para los/as tutores/as).

Se realiza un periodo de reclutamiento de participantes de 1 año de duración, con inicio en mayo de 2021.

Los/as profesionales de enfermería del ARF identifican los/as pacientes del estudio y les invitan a participar en el mismo a quienes cumplan los criterios de inclusión-exclusión de ambos grupos (GC y GI). En esta visita inicial se recogen los datos demográficos e información clínica del estudio.

A los/as pacientes del GI se les realiza una primera evaluación donde se recogen datos relativos a las posibles utilidades dentro de la sala confort-sensorial: Ficha sensorial de preferencias de uso de la sala confort sensorial. Los/as profesionales del ARF cumplimentan el Formulario de uso de la sala para expresar datos objetivos y su experiencia subjetiva tras el uso de la misma. Dentro de ella se recoge la puntuación de escala PEC pre y post uso de la sala para valorar el grado de agitación. Se considera que existe disminución de la agitación cuando la escala PEC baja 1 punto.

A los/as pacientes se les pasa una Evaluación y propuestas de mejora tras cada uso de la sala, animándoles a dar su opinión subjetiva sobre el uso de la misma.

En ambos grupos se recoge de la historia clínica el número de contenciones mecánicas y el número de aislamientos ocurridos 1 año antes y 1 año después desde el inicio del uso de la sala confort-sensorial.

En el grupo intervención se realizará la prueba t de Student para muestras relacionadas.

Se realizará la prueba de t de Student para muestras independientes para comparar el número de aislamientos y de contenciones entre el grupo intervención y el grupo control. En el caso de no seguir una distribución normal se utilizará la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Teniendo en cuenta sólo el GI, se realiza la prueba t de Student para muestras relacionadas para comparar el número de aislamientos y la puntuación de la escala PEC tras la intervención. En el caso de no seguir una distribución normal se realiza la prueba no paramétrica Wilcoxon.

Se describe la muestra general, dando también así respuesta al resto de objetivos secundarios. Las variables cualitativas se expresan mediante su frecuencia y porcentaje. Para las variables cuantitativas se dan sus resultados mediante media y desviación típica en el caso de seguir una distribución normal y en el caso de no seguirla mediante la mediana y rango intercuartílico. El supuesto de normalidad de las variables cuantitativas se ve mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Se fija el nivel de confianza en el 95%. El análisis estadístico se realiza con el programa estadístico IBM SPSS versión 23.0 y R versión 3.5.0.

Limitaciones del estudio

- Alta del paciente dada su mejoría o empeoramiento clínico; Ingresos después de 05/2021, periodo en que se inició el reclutamiento.

- Capacidad cognitiva limitada de los/as usuarios/as para que nos comprendan y para poder expresarse. Se intenta corregir midiendo con test Minimental, adaptando los documentos a lectura fácil y utilizando SAAC.

- No aleatorización de la selección de la muestra.

- Criterio de aplicación de cada profesional. Se intenta corregir con la medición de la escala PEC y una guía clínica de la sala confort sensorial situada de manera accesible a los profesionales del ARF que además se incluye en el protocolo de acogida de nuevos profesionales a la unidad.

Materiales utilizados

Los recursos disponibles para llevar a cabo el estudio son los siguientes:

Recursos materiales: Sala confort-sensorial

Recursos humanos: Enfermeras especialistas en salud mental pertenecientes al Servicio de Salud, EIR de Salud Mental de la Unidad Docente, Persona colaboradora encargada del análisis de datos

Resultados

Las variables cualitativas se expresan mediante su frecuencia y porcentaje. Para las variables cuantitativas se dan sus resultados mediante media y desviación típica en el caso de seguir una distribución normal y en el caso de no seguirla mediante la mediana y rango intercuartílico.

Han participado un total de 48 pacientes (n).

Grupo intervención (n:27), 100% varones, edad media 59 años, con una media de 27,8 años con diagnóstico de enfermedad mental y de 12’2 años de ingres. Puntuación media en la escala Minimental de 25.

Grupo Control (n:21), 38% varones, edad media (66 años), años de evolución de enfermedad mental (35'1 años), media de ingreso (12’9 años) y con una puntuación media en la escala Minimental de 26’5.

Se ha comparado el periodo 1: entre mayo 2020 y mayo 2021, previo a instalar la sala en el ARF; y el periodo 2: entre mayo 2021 y mayo 2022.

- Respondemos a los objetivos sobre contenciones y aislamientos en ambos grupos

Se cumple nuestro objetivo principal, ya que se produce una disminución del 37,5% de las CM (de 24 a 15) en el GI entre el periodo 1 y periodo 2 (hipótesis, que disminuyen ≥5%). De los 27 pacientes del GI, son 10 pacientes los que usan la sala de confort (37%). De estos 10 pacientes entre el periodo 1 y periodo 2, el 25’9 % disminuye las CM, el 7,4% las aumenta y el 66,7% las mantiene.

El GC no redujo sus CM, sino que las aumentó en un 40% entre el periodo 1 y periodo 2. De los 21 pacientes del GC tan solo el 9,5% disminuyó las CM entre el periodo 1 y periodo 2.

Se produce una disminución del 44,4% de los aislamientos en el GI entre el periodo 1 y periodo 2. De los 27 pacientes, son 10 pacientes los que usan la sala de confort. De estos 10 pacientes entre el periodo 1 y periodo 2, al 44,4% les disminuyen los aislamientos, el 7,4 % se mantiene igual y el 48,1% aumenta.

La prueba de Wilcoxon nos reporta un p-valor menor a 0,05 (W=2,616; p=0,009), por lo tanto, podemos asumir que hay diferencias en los aislamientos del GI entre el periodo 1 y el periodo 2 (tras la intervención). Disminuyen el número de aislamientos tras la intervención.

De los 21 pacientes del GC tan solo disminuye los aislamientos el 4,8% entre el periodo 1 y periodo 2, aumentan en el 23,8% y se mantienen igual en el 71,4%

- Respondemos a los objetivos sobre el uso de la sala confort sensorial
Se ha utilizado la sala confort sensorial un total de 76 veces.

10 pacientes del total del GI son los que han hecho uso de la sala por encontrarse en un momento de agitación psicomotriz. El 50% de los pacientes que ha usado la sala presenta diagnóstico de esquizofrenia. El resto de diagnósticos se corresponden con T.esquizoafectivo, T.bipolar, síndrome amnésico de alcohol, T.control de impulsos y psicosis orgánica.

De las 76 veces, en 15 casos (19,7%) se proporcionaron rescates psicofarmacológicos, mientras que en 61 casos (80,2%) se evitaron.

Utilizando la prueba estadística de WILCOXON podemos concluir que existen diferencias estadísticamente significativas en la Escala PEC tras el uso de la sala confort. En el 80,3% de las veces sí disminuye la escala PEC, en el 15,8% se mantiene igual y en el 3,9 % aumenta.

En el formulario uso de la sala confort y evaluación y propuestas de mejora, se mide de 1 a 5 el nivel de angustia del/ de la paciente antes y después del uso de la sala confort, siendo el 1 el nivel más bajo de angustia. Se ha demostrado que se produce un descenso en los porcentajes de angustia tras el uso de la sala de confort, siendo la puntuación de angustia entre 4-5 en el 82'7% de los casos antes de su uso y entre 1-3 en el 78,7% de los casos tras su uso.

Respecto al motivo de utilización de la sala, concluimos que en 18 ocasiones (23'6%) ha sido el paciente quien lo ha solicitado mientras que en otras 58 (76,3%) el uso de la sala ha sido sugerido por los/as profesionales

El 89,5% perciben que la sala "sí" le ha ayudado tras su uso. El 73,7% valora la sala confort-sensorial entre 8 y 10 puntos en una escala de 0 a 10 (siendo 0 nada efectiva y 10 totalmente efectiva); el 96% (73 casos) reconoce que los/as profesionales "sí" le ha han ayudado a recuperar la calma y el autocontrol.

El 95% no cambiaría nada de la sala. Una sugerencia de cambio fue añadir tebeos y se han introducido.

La butaca relax es la terapia complementaria que más se ha utilizado (86,8%), seguida por: aromaterapia (84,2%) especialmente los aromas de pino y limón y la lavanda en último lugar, luces led (81,6%) especialmente el color azul, proyector (79%), música (79%), pelotas antiestrés (64,5%), manta ponderada (18,4%), mecedora (9,2%), otros (8%): revistas, infusiones, libros, balón y puff.

El paciente que ha hecho más usos de la sala, no ha vuelto a tener contenciones ni aislamientos a raíz de su primer uso.

Intervienen una media de 2 profesionales por cada uso de la sala confort (DE:1,08) y una media de 23,7 minutos de tiempo presencial de enfermería (DE: 27,5).

Discusión

Cada vez se está promulgando una atención humanizada dirigida a mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de Salud Mental, priorizando desde el colectivo sanitario medidas no coercitivas, como la instauración de salas de confort-sensorial en hospitalización de salud mental. Varios estudios señalan la relación terapéutica y la manera de interactuar con el paciente desde enfermería como una herramienta primordial para trasmitir cualidades de aceptación, autenticidad y conexión. Pero, según se trasmite en los estudios más recientes un entorno apropiado puede incrementar el beneficio de estos cuidados[1.2.3].

La literatura existente ha encontrado una fuerte relación entre el entorno terapéutico y la disminución de la agitación psicomotriz, siendo el propósito de esta herramienta el ofrecer seguridad, confianza y protección ayudando a los pacientes a sustituir conductas inadaptadas por habilidades personales y psicológicas más eficaces[1,2].

Así mismo, estudios previos al nuestro señalan la importancia del uso de esta herramienta a la hora de reducir la angustia, el estrés, las tasas de aislamiento e incluso de la medicación requerida[4].

Como se puede observar en los resultados expuestos previamente la tasa de aislamiento se vio disminuida en un 44’4 % siendo además necesario el uso de medicación de rescate tan sólo en un 19’7 % de los casos.

Podría ser interesante de cara a investigaciones futuras la posibilidad que se plantea en el estudio realizado por Wiglesworth S. et al. según el cual el beneficio de la sala confort sensorial podría aumentar eliminando las restricciones de acceso supervisado según el perfil de paciente, la situación y el criterio profesional del equipo sanitario. Permitiendo un uso independiente de la sala confort según las circunstancias5.En contraposición, otros estudios también plantean el peligro de que este tipo de salas confort se utilicen en exceso y los usuarios no quieran salir de ellas. En un inicio se nos planteó el mismo dilema, pero tras un año de uso de la sala tan sólo en un 23’6% fue el paciente quién solicitó entrar en la misma mientras que en un 76’3% el uso fue sugerido por los/as profesionales[4].

Cabe destacar que según nuestra investigación el paciente que más veces utilizó esta herramienta terapéutica no volvió a precisar contenciones mecánicas.

Varios de los estudios presentados en nuestra bibliografía coinciden en la disminución del uso de contenciones mecánicas tras el uso de las salas confort sensorial[1,3,5,6].

Nuestro estudio se propuso con el objetivo de evaluar el uso de la sala confort sensorial en cuanto a la disminución del uso de contenciones mecánicas en el Área de Rehabilitación Funcional del Hospital Psiquiátrico de Álava debido al perfil de paciente, personas con un Trastorno Mental Grave.

Los resultados proporcionan soporte concluyente para aceptar la hipótesis planteada en un inicio, reduciéndose en un 37'5% el uso de contenciones mecánicas y poniendo en valor el uso de la sala confort sensorial en la práctica diaria, impulsando la necesidad de implementarla en otras unidades de características similares para mejorar la calidad de vida de las personas con sufrimiento de salud mental.

Este hallazgo tiene implicaciones importantes en el desarrollo histórico de los cuidados al paciente de salud mental, progresando hacia una atención digna y humanizada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Dorn E, Hitch D, Stevenson C. An Evaluation of a Sensory Room within an Adult Mental Health Rehabilitation Unit. Occupational Therapy in Mental Health [Internet]. 2020;36(2):105– 18. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0164212X.2019.1666770

2. Megías- Lizancos F, Vila Gimeno C, Carretero Román J, Rodríguez Monge MA, Salas Rubio JM, Sánchez Alfonso J, et al. Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de consenso. Presencia. 2016;1(1):1-20.

3. Gooding P, McSherry B, Roper C. Preventing and reducing "coercion" in mental health services: an international scoping review of English-languaje studies. Acta Psychiatrica Scandinavica [Internet]. 2020.142: p27-39.

4. Aragonés Calleja M. Empleando los sentidos para regular emociones. Revisión bibliográfica sobre "comfort room" en salud mental. Revista Española de Enfermería de Salud Mental.[Internet]. 2021. Disponible en: http://www.reesme.com/index.php/REESM-

AEESME/article/view/117

5. Wiglesworth S., Farnworth L. An Exploration of the Use of a Sense Room in a Forensic Mental Health Setting: Staff and Patient Perspectives. Ocuup. Ther. Int. 2016.23:p255-264.

6. Kothari J, Seruya F. OTs' and Clinical Staffs' Perceptions of Sensory Rooms in Mental-Health Settings. Journal OF Human Services. Training, Research and Practice. [Internet].2020;2(7). [Citado 22 dic 2022

Otros datos del trabajo

- El estudio se comenzó tras la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (Expte 2020-007).
- 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.

Mesa 3: Cáncer
Session 3: Cancer

AUTORES/AUTHORS:

Raúl López Jiménez, M.ª Isabel Rihuete Galve, Ruth Esther Maillo de Pablo

TÍTULO/TITLE:

Incidencia de la migración asociada a catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en el servicio de oncología

Palabras clave

Migración, PICC (Catéter Central de Inserción Periférica), canalización, válvula distal o proximal del PICC, lateralidad del PICC.

Introducción

La migración es el desplazamiento de la punta del PICC hacia la vena yugular, es una complicación importante en el uso y mantenimiento de los PICC, el empleo de PICC se ha incrementado en los últimos años debido a su fácil inserción por parte de la Enfermería y a la innovación en la Enfermería Oncológica por tratarse de un catéter central, se canaliza en la habitación del paciente, mediante la técnica MicroSeldinguer guiada por ultrasonidos, posteriormente con la comprobación radiológica para ver la locación y recorrido del PICC, con escasas complicaciones inmediatas y la sencillez de manejo de forma ambulatoria, por su repercusión en la seguridad de los pacientes y en la eficacia de los mismos.

Objetivos

El objetivo principal fue analizar las migraciones posteriores a la canalización producidas por la utilización de catéteres centrales de inserción periférica en Oncología. Siendo objetivos secundarios comprobar en que lateralidad son producidas el mayor número de migraciones y analizar las causas que las provocan tales como tos, vómitos, estreñimiento.

Metodología

Para llevar a cabo los objetivos se diseñó un estudio retrospectivo observacional descriptivo durante el intervalo de tiempo desde el 1/01/2019 hasta el 31/03/2023. Fueron asignados al estudio por muestreo todos los pacientes oncológicos a los que se insertaron catéter PICC durante el periodo anteriormente citado en la Unidad de Hospitalización de Oncología. Fueron excluidos los pacientes portadores de un catéter PICC sin diagnóstico de cáncer. Las variables estudiadas fueron: Migración del catéter a vena Yugular, tratamiento, duración, tumor, lateralidad, sintomatología asociada (tos, estreñimiento, náuseas, vómitos), socio-demográficos, edad.

Para el procesado de los datos se utilizó una base de datos específica para este estudio en Excel versión 16.16.27 (201012).

Resultados

El tamaño muestral es de 755 pacientes portadores de catéter PICC valvulado, de los cuales 10 presentaron migración (7 varones y 3 mujeres), representando un 1,33% de la muestra, 9 de estos pacientes presentaban PICC con válvula distal y sólo un paciente tuvo PICC con válvula proximal. La mediana de edad es de 61 años. La media de duración fue de 2 meses, con una desviación estándar de 0,89. En cuanto a lateralidad del PICC el 90% se produjo en la vena Basílica derecha y el 10% en la vena Basílica izquierda. El 60% de los pacientes que presentaron migración tuvieron tos y el 40% tuvieron vómitos. Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer de mama y Germinal. Los tratamientos más utilizados fueron Taxol y Cisplatino

Discusión

Nuestros resultados coinciden con la literatura consultada, siendo las migraciones más comunes en el catéter PICC con válvula distal de material de silicona en la vena Basílica derecha, factor que podríamos considerar común con otras series, así como la clínica más común fue la tos seguida en frecuencia de los vómitos. El cáncer de mama y Germinal son los tumores que más migraciones presentan de la muestra total ya que suelen necesitar un catéter PICC por el tipo de tratamiento o por la dificultad de acceso venoso, coincidiendo la administración de Taxol y Cisplatino siendo los citostáticos que más migraciones producen por su efecto emetizante.

En cuanto a las implicaciones para la práctica clínica: se propone un protocolo de prevención considerando la clínica del paciente y establecer relación entre el tipo de tumor y/o tratamiento, para decidir que vena y lateralidad elegir para prevenir la migración.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- © 2017 SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica)

-Biffi R, Corrado F, Braud F. Long-term, totally implantable central venous access ports connected to a groshong catheter for chemotherapy of solid tumors. Experience of 178 cases using a single type of device. Eur J Cancer. 1997; 33: 1190-1194.

-Boglione DM, Vallone P, Falke G, Andrade H, Otoya J, Dávila M. Catéteres venosos centrales en pacientes oncológicos. Rev de Cir Infantil. 1994.

-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.

-M.N. Macías Gavez, M.E. Zorrilla Delgado, M.A. Martín Foltalba. Técnica de inserción de un Catéter Venoso Central de Inserción Periférica (PICC). Enferm Docente, 103. 2015.

-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.

-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.

-Chamorro C, Pardo C, Silva JA, Angel R, Martínez-Melgar JL. Malposición de catéteres venosos centrales en pacientes hospitalizados. Medicina clínica. 2001

AUTORES/AUTHORS:

María José de Dios Duarte, Regina Moldes Moro

TÍTULO/TITLE:

Estilos de afrontamiento en la cirugía de cáncer colorrectal

Palabras clave

Cirugía, cáncer colorrectal, afrontamiento.

Introducción

El cáncer colorrectal abarca todos aquellos tumores ubicados en el intestino grueso desde la válvula ileocecal hasta el recto. Es una de las principales causas de muerte en el mundo occidental y en las naciones industrializadas de Europa, América, Asia y Australia. El tratamiento de elección suele ser la cirugía. Los procesos quirúrgicos generan mucho estrés y dependiendo de los estilos de afrontamiento las personas son capaces de enfrentarse mejor a la situación. Los estilos de afrontamiento pueden centrarse en el problema y en la solución o en la emoción.

Objetivos

Los objetivos de este trabajo fueron analizar y estudiar los estilos de afrontamiento en las personas que iban a someterse a cirugía de cáncer colorrectal. Y estudiar la relación existente entre las variables sociodemográficas y los estilos de afrontamiento en estos pacientes.

Metodología

Este estudio se realizó en el Hospital de Fuenlabrada de Madrid. La muestra estuvo compuesta por 110 personas que iban a ser intervenidas de cirugía de cáncer colorrectal. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico que incluye las variables de edad, sexo, estado civil, número de personas en el hogar, nivel de estudios, situación laboral y religión, también un cuestionario que recogió las variables clínicas de tipo de cirugía, procedimiento quirúrgico, complicaciones postquirúrgicas y antecedentes familiares de cáncer y el Cuestionario de Afrontamiento de Estrés (CAE) adaptado al español del Ways of Coping Questionnaire (WCQ) diseñado por Folkman y Lazarus en 1980. Las variables clínicas y sociodemográficas nominales se describieron para la muestra total y segmentadas por sexo. El análisis de la relación entre las variables categóricas se llevó a cabo a través de Tablas de contingencia y el estadístico Chi-cuadrado. Las variables cuantitativas se analizaron mediante la media y desviación típica y la relación entre éstas mediante pruebas t de Student. El estudio fue aprobado por el comité ético del Hospital de Fuenlabrada.

Resultados

Nuestros resultados indican que el afrontamiento de resolución de problemas, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social junto con el afrontamiento religioso prevalece más en los hombres que en las mujeres. En éstas prevalece el estilo de afrontamiento enfoque negativo y expresión emocional. Se encontraron también relaciones estadísticamente

significativas entre el estilo de afrontamiento de enfoque negativo y el estado civil (p=0.005), entre practicar la religión y el estilo de afrontamiento expresión emocional (p=0.008), entre el estilo de afrontamiento búsqueda de apoyo social y no practicar la religión (p=0.011) y el afrontamiento religioso y el nivel de estudios (p=0.001) entre otras.

Discusión

En este trabajo se muestra que generalmente los estilos de afrontamiento activos son más utilizados por los hombres que por las mujeres. También que los estilos de afrontamiento negativos se relacionan más con encontrarse solos, no disponer de ocupación laboral y presentar niveles de estudios bajos. Se proponen intervenciones que deberían llevarse a cabo desde las consultas de Enfermería para cambiar los estilos de afrontamiento de negativos a positivos, de modo que se les facilite que puedan realizar un mejor ajuste a la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Baidoun, F., Elshiwy, K., Elkeraie, Y., Merjaneh, Z., Khoudari, G., Sarmini, M. T., Gad, M., Al-Husseini, M., & Saad, A. (2021). Colorectal

Cancer Epidemiology: Recent Trends and Impact on Outcomes. *Current drug targets*, 22(9), 998–1009.

Folkman, S. y Lázaro, RS (1980). Un análisis del afrontamiento en una muestra comunitaria de mediana edad. *Revista y Salud y Comportamiento Social, 21,* 219-239.

Haraldsdottir, S., Einarsdottir, H. M., Smaradottir, A., Gunnlaugsson, A., &Halfdanarson, T. R. (2014). Krabbamein í ristli og endaþarmi [Colorectal cancer - review]*. Laeknabladid,* 100 (2), 75–82.

Mesa 5: Cáncer y cuidados paliativos
Session 5: Cancer and palliative care

AUTORES/AUTHORS:

Enrique Romero Rascón, Nina Granel Giménez

TÍTULO/TITLE:

Vulnerabilidad en pacientes, familia y profesionales de la unidad de oncología durante la sexta ola de la COVID 19.

Palabras clave

COVID 19, cáncer, vulnerabilidad, soledad, cuidados enfermería.

Objetivo

Explorar la experiencia de soledad y calidad de vida percibida en las personas ingresadas, en sus familiares y en el personal sanitario durante las restricciones de la sexta ola de la pandemia de la COVID 19 que tuvo lugar desde noviembre del 2021 hasta febrero del 2022 en un Hospital de segundo nivel asistencial del Valles Occidental (Cataluña).

Método

El diseño utilizado fue cualitativo descriptivo de tipo fenomenológico para llegar a conocer y comprender la vivencia de las personas a estudio. Se realizó un muestreo intencionado que consistió en seleccionar personas que se prestaron voluntarias a participar, en el caso de los/as profesionales fue a través de un informante clave. Se entrevistaron a dieciséis participantes que cumplieron criterios inclusión y exclusión. Los instrumentos utilizados fueron entrevista semiestructurada y grupos focales. Se realizó un análisis temático para interpretar los discursos de las entrevistas. El proyecto se entregó al CEIM y una vez dio la aprobación para la realización del proyecto se inició la recogida de datos.

Resultados

Los temas que emergieron fueron la soledad, la calidad de vida; el miedo, el apoyo familia y la incertidumbre como meta categorías que surgieron del análisis en las personas ingresadas. En el caso de las familias aparecieron el aislamiento; el miedo/tristeza y las barreras para realizar el acompañamiento. Finalmente, en el personal sanitario surgieron la seguridad; los conocimientos; estrés traumático y los cuidados. Las personas ingresadas indicaron que se deberían implementar estrategias para que sus familiares las puedan acompañar porque consideran que tiene un efecto muy importante en su proceso de recuperación, aunque las restricciones de visitas les ha permitido poder descansar. Además, el miedo y la incertidumbre para ellos es mayor por su enfermedad oncológica más allá de la propia COVID 19. Las familias consideraron que los cuidados de enfermería fueron un pilar esencial para el bienestar propio y de la persona ingresada. La tristeza, el miedo, la soledad y el aislamiento son las emociones más predominantes durante la sexta ola de la COVID 19 que han influido en su calidad de vida ya mermada por la vivencia de la propia patología de

su familiar. El personal sanitario coincide que los videos, medios de comunicación/redes sociales, que se realizaron por profesionales sanitarios durante la pandemia les está afectando en su día a día porque es aquello más recordado por la gente. Una temática recurrente está relacionada con la información y el sentimiento de desprotección y no acompañamiento favoreciendo la sensación de ansiedad y de sobrecarga en el entorno laboral. Su calidad de vida se está viendo mermada sustancialmente, con pérdida de interés en realizar actividades de ocio y cansancio. Así mismo explicaron miedo e inseguridad ante la presencia de los familiares porque se ha visto empeorada la relación de confianza entre las familias y enfermería.

Discusión

Es por lo que, aunque aparezca una nueva situación de pandemia se debe promover el acompañamiento de las personas. Es necesario estrategias de visualización de los cuidados de enfermería para disminuir las creencias erróneas. Por otro lado, implementar acciones que promuevan la inteligencia emocional y el pensamiento crítico entre los cargos y el equipo en las instituciones sanitarias.

Este trabajo no presenta ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Albada, A., Ausems, M. G. E. M., Bensing, J. M., & van Dulmen, S. (2009). Tailored information about cancer risk and screening: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, *77*(2), 155-171. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.005

Al-Shamsi, H. O., Alhazzani, W., Alhuraiji, A., Coomes, E. A., Chemaly, R. F., Almuhanna, M., Wolff, R. A., Ibrahim, N. K., Chua, M. L. K., Hotte, S. J., Meyers, B. M., Elfiki, T., Curigliano, G., Eng, C., Grothey, A., & Xie, C. (2020). A Practical Approach to the Management of Cancer Patients During the Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: An International Collaborative Group. *The Oncologist*, *25*(6), e936-e945. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2020-0213

Bautista-Rodríguez, L. M. (2017). La calidad de vida como concepto. *Revista Ciencia y Cuidado*, *14*(1), 5. https://doi.org/10.22463/17949831.803

Bélanger, E., Rodríguez, C., Groleau, D., Légaré, F., Macdonald, M. E., & Marchand, R. (2016). Patient participation in palliative care decisions: An ethnographic discourse analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *11*(1), 32438. https://doi.org/10.3402/qhw.v11.32438

Beltran-Aroca, C. M., González-Tirado, M., & Girela-López, E. (2021). Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2). *Medicina de Familia. SEMERGEN*, *47*(2), 122-130. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.11.002

Betancourt Delgado, M. T., Domínguez Quijije, W. F., Peláez Flores, B. I., & Herrera Velázquez, M. del R. (2020). Estrés laboral en el personal de enfermería del área de UCI durante la pandemia de COVID 19. *UNESUM-Ciencias.*

Revista Científica Multidisciplinaria. ISSN 26028166, *4*(3), 41-50. https://doi.org/10.47230/unesum-ciencias.v4.n1.2021.308

Blanco-Daza, M., de la Vieja-Soriano, M., Macip-Belmonte, S., & Tercero-Cano, M. D. C. (2022). [Posstraumatic stress disorder in nurses during the COVID-19 pandemic]. *Enfermeria Clinica*, *32*(2), 92-102. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.10.015

Carmona Gallego, D. (2021). Vulnerabilidad, ética del cuidado y enfoques ecosistémicos Fundamentos ontológicos y éticos para el cuidado de sí, de los otros y de la naturaleza. *De Prácticas y Discursos*, *10*(15). https://doi.org/10.30972/dpd.10154825

Cascella, M., Rajnik, M., Aleem, A., Dulebohn, S. C., & Di Napoli, R. (2022). Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). En *StatPearls*. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/

Castilla-Soto, J., Jiménez-Ternero, A. I., de-la-Ossa-Sendra, M. J., Barón-López, F. J., Contreras-Fernández, E., & Wärnberg, J. (2021). Sobrecarga y calidad de vida en cuidadoras de pacientes oncológicos al inicio de los cuidados paliativos. Estudio CUIDPALCOSTASOL. *Enfermería Clínica*, *31*(4), 222-226. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.01.009

Mesa 6: Cuidadores y dependencia
Session 6: Caregivers and Dependency

AUTORES/AUTHORS:

Carlos Enrique Yepes-Delgado. Médico. Especialista en administración. Magíster en Salud Pública. Doctor en Epidemiología. Grupo de investigación Respuesta Social en Salud. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5656-4989

Juan David Palacio-Ortiz. Médico, Psiquiatra Infantil. Grupo de Investigación en Psiquiatría (GIPSI), Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1584-4391

Juliana Trujillo-Gómez. Médica Neuro-pediatra. Hospital General de Medellín. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0174-4138

TÍTULO/TITLE:

Reconociendo una forma distinta de ser. Experiencia de cuidar 32 años a su hija con autismo. Estudio N de 1 cualitativo.

Palabras claves:

Trastorno del Espectro Autista; Carga del Cuidador; Empatía; Cuidado.

Objetivos:

El trastorno del espectro autista TEA se refiere a una alteración del desarrollo que afecta la comunicación, la interacción social y el comportamiento. La prevalencia mundial es de aproximadamente 1 de cada 160 niños[1]. Existen publicaciones de estudios cuantitativos y cualitativos previos, pero no con el objetivo del presente trabajo, el cual fue comprender la experiencia de cuidado de una madre a su hija con autismo durante 32 años en Medellín, Colombia.

Métodos:

Estudio cualitativo de caso N=1[2], que utilizó algunas técnicas de la Teoría Fundamentada[3] TF para la recolección de datos y el análisis de la información. La población estudiada fue una mujer de 57 años, divorciada, con 3 hijos, y médica de profesión con nivel de formación de maestría, quien ha cuidado a su hija con autismo desde que nació. Tras firmar un consentimiento informado, se realizó una entrevista en profundidad, la cual fue fielmente transcrita. El análisis se hizo con codificación abierta y axial de la TF y permitió la emergencia de un proceso social básico de lo que significó esta experiencia de cuidado. Durante el análisis los investigadores confrontaron sus propios prejuicios al reflexionar sobre su experiencia como terapeutas de niños TEA y la interacción con sus cuidadores. Investigación aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia: Acta 038 del 20 octubre de 2022.

Resultados:

El fenómeno central emergido hizo evidente que, a pesar del esfuerzo para sobreponerse a las múltiples dificultades, la responsabilidad de cuidar a su hija con TEA le exigió encontrar otras formas de estimular su vida, al reconocerla de forma especial y aceptar que se relaciona de maneras distintas.

"Alguna vez fui con una sonrisa de oreja a oreja en una situación personal muy delicada y ella me miró y me dijo: la mamá está llorando por dentro. Entonces es una niña muy especial... yo no creo que sea una enfermedad". "Pienso que realmente es una condición de algunos seres humanos que generan una forma especial de lenguaje, de comunicarse y en el que las personas que las rodean tenemos que encontrar cómo estimular su vida".

El contexto del cuidado de un hijo con autismo fue de incomprensión y predisposición familiar y social, que aumentó con la presión del padre durante los primeros años por tener más hijos. Tanto la recriminación de la familia extendida por "malcriar" la niña (psicóloga tía de la menor), como el evidente rechazo social de personas en la calle con miradas y comentarios impertinentes, llevaron progresivamente al aislamiento natural de madre y hermanos.

"Pues él quería tener más hijos y yo con pánico, porque yo no sabía que había ocasionado eso y si tengo otro chico con autismo... me siento incapaz... Después ya como pareja, decidimos tener otro hijo, porque ya estábamos teniendo muchas dificultades. Yo con mis recelos y mis pensamientos, pero decía, pues si no, este matrimonio se va a terminar".

"De entrada me dijeron, mira, ella, muy probablemente no va a poder estudiar, no va a tener habilidades para para ejercer ningún trabajo, ya no va a poder auto sostenerse en esas palabras".

"Cuando fui a hacer la terapia, quien atiende me dijo: ¿tiene mucha plata para votarla en la niña? Le dije, no. Uno en los hijos no vota la plata, uno en los hijos siempre invierte, invierte tiempo y cosas para que progrese".

Más que un diagnóstico en los primeros años, la madre reclamaba herramientas para cuidar mejor a su hija en medio de la angustia y la desolación, pues la carga de cuidado recayó sobre ella los primeros años, y luego en los dos hermanos menores quienes potenciaron su desarrollo.

"Cuando le hicieron el diagnóstico, no fue una sorpresa. Una sospecha que yo llevaba 3 años cargando. Seguí empeñada en encontrar una solución, que le hiciera la vida más fácil a la niña y también a mí".

"Todo el tiempo, toda mi vida, desde que me levantaba hasta que me acostaba giraba alrededor de mi hija... y decía yo me siento incapaz, porque era un agotamiento físico, yo no tenía a mi familia cerca, vivían en otro país. Y era una niña muy difícil de cuidar. Entonces yo tenía todo mi tiempo alrededor de ella. Llega un momento en que obviamente estaba agotada".

"Sus hermanos fueron importantes en su vida, le ayudaron a mejorar en su desarrollo, le daban la posibilidad de compartir con algunos niños y con sus hermanitos, que no tenían limitaciones, que estaban en el aprendizaje de muchas cosas y ella intentaba imitar muchas de las cosas que hacían".

Todo ello se enfrentó desde el aislamiento natural de madre e hija, hasta convertirse por muchos años en una familia autista.

"Me llamaron a una reunión en la guardería y me dijeron que ya no podían tener más a la niña, porque era una niña que entraba en crisis ante ciertas cosas que le disgustaba...que varios papás no querían que sus hijos estuvieran con una niña que tenía tantas dificultades. Fue como un golpe, porque yo ya había recobrado ejercer mi profesión".

"Porque su inclusión social fue muy poca, terminamos siendo una familia autista...nosotros no fuimos a vacaciones a ningún lado, ni vamos a restaurantes, queríamos acompañarla todo el tiempo, entonces eso hizo que nos volvimos una familia autista". Entre los tratamientos recibidos a lo largo de estos 32 años estaban las terapias físicas, motrices y sensoriales, del lenguaje, otras que facilitaron su relación con la comida y el proceso de alimentarse con líquidos y papillas inicialmente con grandes esfuerzos de ella y su madre, y así evitar una deficiencia nutricional. Sumado a lo anterior, medicación farmacológica para estimular el sueño, para evitar las convulsiones, para prevenir las crisis de ansiedad y el control de su temperamento que tanto los afecta diariamente. El manejo hormonal en su adolescencia la llevó a aumentar de peso, con las afectaciones que eso representa, y por último tener que ser operada de una catarata, producto de una lesión auto infringida en medio de una de sus crisis. Tras acompañar las múltiples terapias se obtuvo un impacto positivo en comunicación y relacionamiento en el último quinquenio.

"Siempre me dijeron que no va a hablar... y lo primero que escucho todos los días desde que aprendió a hablar es como amaneciste mamá?... y me emociono muchísimo... no me rendí ante eso y aprendió a los 13 años y medio a hablar'.

"Hasta los 25 años no sabía la mayoría de las cosas de autocuidado, que en estos 7 años ha aprendido: se sabe lavar los dientes, peinarse, no sabe amarrarse ni subirse un cierre ni abotonarse. Si necesita pide permiso para ir al baño. No es capaz de asearse adecuadamente en el baño. De no haber tolerado absolutamente nada, ahora... es capaz de montarse en un colectivo, en un bus'.

Tuvieron que pasar muchos años para que la madre pudiera retomar su vida profesional, al lograr trabajar desde casa o muy cerca de ella y así compaginar su actividad como médica, su entorno familiar y recuperar su vida personal como mujer, luego de afrontar el proceso de divorcio del padre de sus hijos, dando cuenta de su capacidad de sobreponerse una y otra vez. Esta experiencia le permitió reconocer en su hija, una muy diferente forma de ser, y al autismo como forma especial de comunicarse y de hacer las cosas.

"Porque su comunicación cambió totalmente. Ya es capaz de expresar, de preguntar, de comunicarse. Tiene un poco de dificultad en la articulación de las palabras, algunas palabras no se entienden bien, pero en general es un lenguaje que la mayoría de las personas comprenden'.

"yo pienso que el autismo es una condición de un ser humano que tiene una forma diferente de hacer las cosas... no lo catalogo como una enfermedad'.

Discusión:

La heterogeneidad del TEA en su etiología, presentación y evolución genera dificultades en su diagnóstico[4,5]. Los niños tienen cuatro veces más probabilidad de tener un TEA que las niñas, de ahí que sea menos esperable en ellas su diagnóstico oportuno. Los niños con TEA suelen expresar más los síntomas, lo que lleva a que sus padres consulten tempranamente, comparado con niñas, quienes tienden a pasar más desapercibidas, pues el lenguaje puede estar menos alterado, no mostrar conductas estereotipadas, y sus intereses parecerse a las demás niñas. Por esto el diagnóstico de TEA en niñas puede ser hasta 6 años más tardío que en niños[4,5].

Las consecuencias y efectos del TEA son directos e indirectos, tanto para el paciente, su familia y grupo social. Estos efectos se extienden a las necesidades de servicios de salud, educativos, vivienda, beneficios sociales y empleo, que generan mayor carga económica asumida por la familia[4]. Entre los factores estresantes están diagnósticos pospuestos y su afrontamiento, los síntomas asociados, pobre acceso a servicios de salud y soporte social, insatisfacción conyugal y deterioro de la calidad de vida[6,7].El desconocimiento y predisposición de algunos profesionales de salud aumentan la desolación e incertidumbre del cuidador[5], función que suele ser asumida por la madre por los lazos afectivos y la carga cultural e histórica del rol. Después de reconocer la casi absoluta

dedicación de más de la mitad de la vida de esta madre a su hija con los resultados mostrados, es evidente que la atención en salud además de dirigirse al paciente deberá en forma práctica enfocarse a la familia y especialmente al cuidador[8]. Con diagnósticos más tempranos, intervenciones oportunas y un manejo integral que incluya diferentes profesionales de la salud y la educación, se espera un mejor pronóstico e impacto en la calidad de vida no solo del paciente sino de la familia[9].

Conclusiones:

La madre reconoce los múltiples aprendizajes que le ha permitido la experiencia de cuidado que la llevó a aceptar a su hija tal cual es, al leerla cuidadosamente y comprender su comportamiento, desarrollando una paciencia sin límites. Apreciar y valorar cada uno de los lentos pero progresivos logros, le permitió entender la importancia de preestablecer agendas y así preparar a los niños con TEA anticipando las situaciones que enfrentarán. Considera que existe insuficiente difusión de información confiable sobre el autismo en la sociedad, de allí que no esté preparada para aceptar e incluir a personas con esta condición, pues sigue buscando niños brillantes, exitosos y sanos, rechazando a quien no cumpla este estándar. Afirma que el sistema educativo de Colombia no incorpora a estas personas, y deja mucho que desear el comportamiento de algunos profesionales de la salud que, a pesar de su formación como especialistas, es evidente su desconocimiento y baja sensibilidad frente a estas personas y sus familias. Reconoce el valor de su experiencia y la pone al servicio de otros padres.

Declaración:

Los autores no tenemos conflictos de interés con este trabajo y no utilizamos inteligencia artificial en su elaboración.

Agradecimientos:

A Linda Castaño por sus aportes a la idea y la transcripción de la entrevista.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Wang, Z., Hong, W., & Zou, X. (2017). Prevalence of autism spectrum disorder in China: A systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry, 4(8), 672-679.
2. Malterud, Kirsti & Siersma, Volkert & Guassora, Ann Dorrit. (2015). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. Qualitative Health Research. 1. 10.1177/1049732315617444.
3. Strauss AL, Corbin J. Basics of Qualitative Research Grounded Theory Procedures and Techniques. 1st ed. Sage Publications; 1990. 268 p.
4. Masi A, DeMayo MM, Glozier N, Guastella AJ. An Overview of Autism Spectrum Disorder, Heterogeneity and Treatment Options. Neurosci Bull. 2017 Apr;33(2):183-193. doi: 10.1007/s12264-017-0100-y. Epub 2017 Feb 17. PMID: 28213805; PMCID: PMC5360849.
5. Hiller RM, Young RL, Weber N. Sex differences in pre-diagnosis concerns for children later diagnosed with autism spectrum disorder. Autism. 2016 Jan;20(1):75-84. doi: 10.1177/1362361314568899. Epub 2015 Feb 25. PMID: 25717130.

6. Gomes PT, Lima LH, Bueno MK, Araújo LA, Souza NM. Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. J Pediatr (Rio J). 2015 Mar-Apr;91(2):111-21. doi: 10.1016/j.jped.2014.08.009. Epub 2014 Dec 10. PMID: 25499896.

7. Pintoa, Rayssa & Torquato, Isolda & Collet, Neusa & Reichert, Altamira & Neto, Vinicius & Saraiva, Alynne. (2016). Revista Gaúcha de Enfermagem Artigo Original Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares Infantile autism: impact of diagnosis and repercussions in family relationships Autismo infantil: el impacto del diagnóstico y efectos sobre las relaciones familiares. Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFRGS. 37. :e61572 1-9.

8. Magalhães JM, Rodrigues TA, Neta MMR, Damasceno CKCS, Sousa KHJF, Arisawa EÂLS. Experiences of family members of children diagnosed with autism spectrum disorder. Rev Gaucha Enferm. 2021 Dec 6;42:e20200437. English, Portuguese. doi: 10.1590/1983-1447.2021.20200437. PMID: 34878023.

9. Howes OD, Rogdaki M, Findon JL, Wichers RH, Charman T, King BH, Loth E, McAlonan GM, McCracken JT, Parr JR, Povey C, Santosh P, Wallace S, Simonoff E, Murphy DG. Autism spectrum disorder: Consensus guidelines on assessment, treatment and research from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol. 2018 Jan;32(1):3-29. doi: 10.1177/0269881117741766. Epub 2017 Dec 14. PMID: 29237331; PMCID: PMC5805024.

AUTORES/AUTHORS:

María Concepción Arroyo Rueda Universidad Juárez del Estado de Durango ORCID: 0000-0001-8393-5407 Perla Vanessa de los Santos Amaya Universidad Juárez del Estado de Durango ORCID: 0000-0002-8627-8956. Verónica Montes de Oca Zavala Universidad Nacional Autónoma de México ORCID: 0000-0002-9485-9232

TÍTULO/TITLE:

Experiencias de soledad en personas mayores. Sentidos, significados y contrastes

Palabras clave

personas mayores, soledad, significados, contrastes.

Objetivos

- Describir las experiencias de vida en soledad de hombres y mujeres mayores en la ciudad de Durango, México.
- Develar los significados y contrastes que se construyen en torno a laS vivencias de la soledad.

Método

En este trabajo se muestran resultados de 15 casos correspondientes a la fase cualitativa de un estudio más amplio sobre soledades en la vejez en contextos urbanos de la ciudad de Durango, México. Se utilizó el enfoque de historia de vida, y las entrevistas fueron abiertas, semi-estructuradas; se realizaron en base a una guía previamente revisada y consensada por el equipo de trabajo. Los participantes firmaron hoja de consentimiento informado en donde se explicitaba el propósito del proyecto y características de la entrevista, clarificando su participación voluntaria. En las entrevistas se buscó enfatizar en ciertos momentos de la vivencia de la soledad de los/as participantes, pues el relato de una vida se construye a partir del encadenamiento de hechos significativos. Los participantes fueron 10 mujeres y 5 hombres a quienes se les entrevistó en su domicilio particular, por lo tanto, la observación del contexto del hogar también dio cuenta de las formas de vivir en soledad. El estrato socioeconómico del cual provienen los/as entrevistadas es bajo y medio principalmente. Las entrevistas se grabaron y transcribieron en formato Word, y se procedió al ordenamiento y clasificación de los datos en base a tópicos relacionados con las preguntas y objetivos del estudio, procediendo luego a “rotular” o “etiquetar” los relatos, posteriormente se hizo una selección y reducción de datos, se establecieron relaciones, y finalmente se procede a interpretar y extraer significados (Strauss, 1987; citado en Cisneros, 2003; Coffey & Atkinson, 1996). Las categorías que se contruyeron para el análisis fueron: a) las motivaciones para la decisión de vivir solos/as; b) características (subjetivas, materiales y emocionales) de la experiencia y significados atribuidos; d) formas de afrontamiento.

Resultados

Entre los motivos que las personas entrevistadas tuvieron para vivir solos/as destaca la viudez (10 participantes: 7 mujeres y 3 hombres). Como bien se documenta en la literatura, el número de mujeres viudas es superior al de los hombres, en parte debido a que las mujeres deciden no volver a buscar otra unión, mientras los hombres lo hacen en mayor proporción; pero también porque la demografía nos muestra que la mortalidad es mayor en hombres que en mujeres (INEGI, 2016; INEGI-INMUJERES, 2020). En segundo orden de importancia están los conflictos con sus familiares, y, derivado de ellos, algunos/as decidieron vivir en soledad por la falta de confianza hacia los hijos/as en torno a su seguridad económica y patrimonial, pues se sintieron amenazados o presionados a ceder sus bienes a sus descendientes. Un motivo más fue el deseo de autonomía y libertad que anhelan las personas mayores ante la excesiva intromisión de la familia en sus espacios y decisiones. En tanto a las características de la experiencia y los significados que le atribuyen a vivir en soledad están las experiencias displacenteras, en las que surgen sentimientos de nostalgia, temor o tristeza como lo muestra Cristina de 66 años y separada.

> *[...] Pues a veces, sí le llega a uno la depresión, la tristeza, no se crea que es una maravilla estar sola, pero yo la ahuyento, vengo y prendo el radio y me aburro y voy y prendo la televisión, que me aburre voy y riego las plantas, en el patio tengo manzanos, tengo mandarinos, tengo duraznos, voy y les doy una regadita y ya bajo el tiempo y voy a la tienda a comprar el pan, el pan este...*

Mientras que otro relato refiere:

> *Pues... pues no sé, mire, hay veces que me preocupa porque de seguro no como bien, y, tengo sueños feos, algo así, me encuentro en una... cosa muy difícil... Recuerdo que yo siempre sueño a mis... a mis padres, a todos los que ya se murieron, a toda la gente que vivía en el rancho [...] aquí en la ciudad tengo viviendo desde 1954, pero yo era del ejido Benito Juárez que está para acá, pero anteriormente...* (Antonio, 88 años, viudo).

La nostalgia y la melancolía son emociones que suelen aparecer en las personas que viven solas, los recuerdos de la familia que ya no está o de otros seres queridos ausentes, se hacen presentes y tienen una función: la de acompañar la vida emocional de las personas, la de evocar los momentos agradables y generar un sentimiento de bienestar al hacerlo. No es gratis la frase coloquial de “recordar es vivir”, aspecto que cobra sentido en la vejez pues la memoria de largo plazo tienen mayor presencia en este grupo de edad (Ruiz, 2008). La soledad puede tener significados contrastantes en los que algunas/os obtienen ciertos beneficios y satisfacciones que no tenían cuando vivían acompañados:

> *[...] “Pues me divorcié [...] la verdad es que sí disfruto el estar a solas, son mis espacios verdad, son mis espacios, son míos, el punto va relacionado por decir así, con el cigarro verdad? [...] yo prefiero estar en mi casa que estar en unas vacaciones en un hotel porque en el hotel no me dejan fumar, se tiene que ir uno al balcón a fumar y no, en la casa fumo bien a gusto”* (Hugo, 65 años, divorciado).

En otros casos como el de Josefina influye la personalidad, la manera de verse a sí misma como un sujeto/a libre y autónomo, que requiere su espacio.

> *[...] ¿La razón por la cual vivo sola?, pues no vivir acompañada!, [risa] no, la razón por la que vivo sola es pues, tal vez por mi carácter, porque no me gusta que [...] nadie me mande, que nadie me diga -tiene que hacer esto o lo otro-" sino que navegarme sola y sola hacer mis cosas"* (Josefina, 66 años, separada).

Es frecuente que en nuestra cultura se tenga una representación de las personas solas como "personas difíciles" que no lograron construir vínculos significativos y con quienes no se desea la convivencia, esto constituye un estigma a fin de cuentas, de tal manera que la soledad es construida socialmente como una experiencia desfavorable y negativa, dejando de lado la visión de que las personas pueden elegir con quien convivir y de quien acompañarse. Pero también tomar la decisión de vivir en soledad significa autocuidado, un "ponerse a salvo"; es decir, la familia no siempre representa un recurso de protección y cuidado para padres, madres, abuelos/as. Al contrario, cada vez se conocen más casos en donde los hijos se apropian de los bienes o patrimonio de sus padres o abuelos. En gran medida, estas acciones no son denunciadas por muchos; lo más que llegan a realizar algunos es poner distancia de sus familiares aún a costa de perder el vínculo afectivo con ellos.

> *[...] Es que a veces uno no tiene en quien confiar, cuando mi hijo se fue a vivir a otra ciudad, otro de mis hijos se vino a vivir conmigo junto con mi nuera y mis nietos, pero los muy "diantres" me querían quitar la casa... Si nomás que me di cuenta, la señora esta, me quería hacer que firmara unos papeles que según ella era para pagar el predial, pero me di cuenta y no le firmé nada... pues los corrí, le dije a mi hijo -te llevas a tu gente de aquí porque yo no los quiero ver más-, pues se hizo el enojado y desde entonces ya no me habla, ni me busca* (Gustavo, 71 años, viudo*).*

En la diversidad de experiencias los/as participantes construyen distintas formas de afrontarla, cada quien de acuerdo a sus recursos personales, materiales, cognitivos y comunitarios.

> [...] *Mira te voy a decir una cosa, yo no tengo miedo de estar solo, yo en la noche cuando veo en los cuartos y que oigo ruidos y voy hasta allá, tomo agua y me siento bien, llego de trabajar y le doy gracias a Dios, le digo, porque fui y vine con felicidad, porque muchos salen y ya no vuelven a su casa...*(Simón, 79 años, viudo).

Quizás cuando las personas han tenido experiencias previas de soledad les resulta mejor la "adaptación" o quizás se pudiera decir que hasta "le toman el gusto". En las trayectorias de vida ya se aprendieron respuestas, formas de resolver en base a una experiencia previa, lo cual puede resultar benéfico.

> *[...] "pues mire, creo que yo siempre viví prácticamente yo sola porque yo no tuve mamá nunca la recuerdo yo cuando era muy chiquita mi papá se casó con otra señora este yo me vine (a la ciudad) yo era de San Miguel de Cruces [...] si extraño a mis hijas, y yo estando con ellas soy feliz con mis nietos, le digo soy feliz con ellos, pero que yo diga [ay me voy a oír mal] pero que yo diga -ay por qué estoy sola, quisiera que se viniera alguien aquí a vivir conmigo... pues no-"* (Justina, 66 años, madre soletera).

Existen distintos matices en la experiencia de vivir solos/as; en ello, influyen los motivos, los significados que le dan, las formas de afrontar y los contextos socioculturales de los que provienen. En la experiencia de soledad, algunos la padecen, otros se adaptan o tratan de disfrutarla o la viven como un espacio de libertad y autonomía (Arroyo, 2022). Se afronta desde una fortaleza espiritual o religiosa, desde el deseo de autoafirmarse como personas fuertes e independientes, o bien, como resultado de poner límites a relaciones insatisfactorias. Los que ya la han experimentado en otros momentos de su vida, pareciera que se "adaptan" de mejor manera o puede ser que hasta la disfruten. Se podría decir de acuerdo con algunas perspectivas filosóficas, que las personas con ciertas virtudes son las que encuentran en la soledad una vivencia de autoconocimiento de sí mismo, que permite la reflexión y la autoconsciencia, una experiencia que puede ser favorable y hasta disfrutable (Ortega y Gasset, 2013; Shopenahuer, 1983).

Discusión

Los motivos de vivir en soledad en los/as participantes surgen de manera involuntaria (ante la viudez), y voluntaria o elegida por el deseo de mejorar sus condiciones de vida y su bienestar. En los relatos se configuran nuevos y contrastantes significados en torno al tema, algunos coinciden con lo descrito en la literatura gerontológica, donde la soledad representa una experiencia negativa y que afecta el bienestar en las persona mayores. Si bien ese planteamiento es real, no deja de ser una afirmación relativa, una verdad que no se puede generalizar, pues es cierto que contar con vínculos afectivos significativos constituye un importante elemento para la salud mental y un buen envejecimiento, pero también es verdad que hay relaciones que dañan y de las que es mejor poner distancia, así sea la familia de sangre. No obstante, cuando estas relaciones se rompen, existe la alternativa de construir nuevos y mejores vínculos, ya sea con la familia extensa, con los contemporáneos, con los vecinos en la comunidad. Los/as participantes en este estudio que decidieron alejarse de sus familiares lograron desprenderse del mito de "la familia debe mantenerse unida", pues se dieron cuenta que no siempre ésta, es una fuente de apoyo en la vejez, en parte, a causa de los cambios culturales, demográficos, políticos y económicos de las últimas décadas (Arriagada, 2007; Montes de Oca, 2004). Los entrevistados/as decidieron proteger su tranquilidad, su salud mental, su autonomía y su bienestar asumiendo el costo del alejamiento y la soledad. En ese sentido se vislumbra un rompimiento con el discurso tradicional de que las personas de edad no deben estar solas; quizás mientras se mantengan funcionales y conserven la salud, esta independencia emocional se logre mantener. Para lograrlo, conviene transformar esquemas familistas en los que muchas personas mayores (y no mayores también) centraron todo su tiempo y energía en la familia, dejando fuera otras oportunidades de diversificar sus vínculos, con vecinos, con amigos o compañeros de trabajo; de tal forma que cuando llegan a la vejez y se fracturan sus relaciones familiares, puedan evitar el aislamiento y la falta de redes. En una mirada más amplia se requiere pensar en políticas de apoyo a la vejez que incluyan servicios y programas donde se fomenten las redes de apoyo social, el fortalecimiento de los vínculos comunitarios y la atención de la salud mental de los/as envejecientes y de sus familias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY

Arriagada, I. (2007). Familias latinoamericanas: cambiantes, diversas y desiguales. *Papeles de*

Población, NO. 53 CIEAP-UAMEX, pp. 9-14. En https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v13n53/v13n53a2.pdf

Arroyo, M. C. y De los Santos, P. V. (2022). Trabajo Social y cuidados en la vejez.: un tema emergente para la intervención profesional. Comunitania. *Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, núm. 24. En https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8822206

Arroyo, M.C. (2022). *Las soledades en la vejez. Experiencias, significados y afrontamiento*. Universidad Juárez del Estado de Durango.

Cisneros, C. (2003). Análisis asistido por computadora. *Sociologías,* Porto Alegre, año 5, num 9, (288-313).

https://www.scielo.br/j/soc/a/ZfTPsPnZFtbsKtYFkzh3x4R/?format=pdf&lang=es

Coffey, A. y Atkinson, P. (2003). *Dar sentido a los datos cualitativos: estrategias de investigación complementarias.* Universidad de Antioquia.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2016). Estadísticas a propósito

del día internacional de las viudas. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/usieg/comunicados/25ene19/economia/26_diain_ternacionaldelasviudas 230118-26.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2021). Mujeres y Hombres en

México 2020. México: INEGI. Disponible en https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=889463900009

Montes, de Oca, V. (2004). Envejecimiento y protección familiar. Límites y potencialidades del apoyo al interior del hogar. En Marina ariza y Orlandina de Oliveira *"Imágnenes de la familia en el cambio de siglo.* Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM.

Ortega y Gasset, J. (2013). *El hombre y la gente*. Ed. Biblioteca Nueva.

Ruiz, J.M. (2008). ¿Cómo y por qué se deteriora la memoria con la edad? Revista Española de Geriatría y Gerontología, 43 (5): 268-70. Disponible en https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia- 124-pdf-S0211139X08735686

Schopenhauer, A. (1983). *El arte del buen vivir*. Biblioteca Edaf.

Información importante

- El proyecto del cual se derivan estos resultados fue sometido a evaluacióny aprobado por el Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Durango.
- Las autoras declaran no tener conflicto de intereses en este trabajo.
- En este trabajo no fue utilizado ningún dispositivo de Inteligencia Artificial.

AUTORES/AUTHORS:

Hammel, Inés Constanze; Cano Sánchez, Irene; Sanz Calvo, Javier; García Paños, Elena; Del Estal López, María José; Luque Franco, Linarejos; Cañadas Franco, Virtudes; Bielza Galindo, Rafael

ORCID:

Inés Constanze Hammel: 0000-0001-5962-756X

Javier Sanz Calvo: 0000-0002-7095-0031

Elena García Paños: 0009-0002-1411-0182

María José Del Estal López: 0009-0003-7890-574X

TÍTULO/TITLE:

Análisis de los factores de riesgo en pacientes que sufren una caída durante su ingreso: estudio de caso y control.

Palabras clave

Caída hospitalaria, factores riesgo, alteraciones sanguíneas

Introducción

Las caídas producidas durante un ingreso hospitalario son de interés en el ámbito sanitario y su abordaje es complejo debido a los múltiples factores que las pueden generar. Independientemente de las causas que influyen en las caídas, éstas pueden ocasionar un empeoramiento del estado de salud del paciente, llegando a provocar daños graves e incluso la muerte, sobre todo en mayores de 85 años. Además, generan unas consecuencias económicas y pueden dar lugar a posibles denuncias y conflictos legales. Por todo ello, las caídas hospitalarias suponen un indicador de calidad asistencial. Para reducir la incidencia de caídas intrahospitalarias, es necesario conocer las causas que las producen y los factores de riesgo que inciden sobre ellas.

Objetivos

El objetivo principal de estudio fue conocer los factores que favorecen a las caídas del paciente hospitalizado y describir los factores de riesgo y la fuerza de asociación de cada uno de ellos. Se añadieron objetivos secundarios para conocer la causa de ingreso, las

circunstancias de las caídas, las características sociodemográficas más frecuentes y los valores sanguíneos alterados asociados a una caída.

Material y Métodos

Estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal y unicéntrico que analiza los factores influyentes a través

de casos y controles en relación de 1:1,5. Criterios de emparejamiento: edad +/- 5 años, causa de ingreso y fecha de +/-10 días antes o después de la caída.

Los datos fueron tratados estadísticamente a través del programa SPSS versión 29. Se consideraron los resultados como estadísticamente significativos cuando el p-valor era inferior al 5%.

El estudio se aprobó por el Comité Ético del Hospital Clínico San Carlos. Se solicitó la exención del Consentimiento Informado al tratarse de un estudio retrospectivo. Asimismo, se respetaron todas las normativas en materia de bioética, según La Declaración de Helsinki de Fortaleza (Brasil) 2013. Los autores declararon no tener conflicto de intereses y no se utilizó Inteligencia Artificial.

Resultados

Se produjeron 147 caídas en el ámbito de hospitalización. Se analizó una muestra de 120 caídas y de 174 controles, alcanzando una muestra total de 294 pacientes.

La edad media de los pacientes de los casos y controles fue de 75,20 años ($DE^{+/-}$12,26), en un intervalo comprendido entre 28-96 años. 155 (52,7%) pacientes fueron hombres y 139 (47,3%) mujeres.

La distribución por la causa más frecuente de ingreso en el grupo de caídas (n=120) fue de origen traumatológico en un 18,3% (n=22), seguido de respiratorio 17,5% (n=21) y de oncológico en un 15% (n=18). Las causas menos frecuentes fueron de origen infeccioso 1,7 % (n=2), neurológico 1,7% (n=2) y endocrino 1,7% (n=2). Las características sociodemográficas y clínicas se separaron por casos y controles, con la finalidad de asegurar la homogeneidad de los grupos muestrales y poder controlar posibles variables confusoras. Se afirma que no existen diferencias significativas entre las personas que sufrieron caídas y las que no las sufrieron en relación a edad, hipertensión, cardiopatía, enfermedad renal crónica, enfermedad neurológica y deshidratación ($p>0.05$). Sin embargo, los grupos fueron significativamente distintos en cuanto a sexo ($p<0.01$), polimedicación ($p<0.01$) y diabetes mellitus ($p=0.01$).El total de caídas analizadas (n=120) supusieron una media de estancia hospitalaria de 8,56 días ($DE^{+/-}$9,55). Con respecto a la franja horaria que más caídas presenta, se observó una mayor frecuencia durante el turno de noche con un 42,5% (n=51), seguido del turno de tarde con un 31,67% (n=38); la menor incidencia de caídas ocurrió en el turno de mañana puesto que presentó un 25,83% (n=31). Del total del cómputo de caídas, el 57,5% (n=69) está representado por pacientes conscientes y orientados, el resto corresponde a pacientes con cierto estado de confusión 42,5% (n=51).

Por otro lado, un 52,5% (n=63) de las caídas ocurridas están relacionadas con un algún tipo de déficit sensorial; el más frecuente era de tipo visual en un 20% (n=24), seguido por aquellos con alteración en miembros inferiores 17,5% (n=21) y de tipo auditivo en un 15% (n= 18).

El mayor porcentaje de caídas sucedieron durante el momento de levantarse en un 44,12% (n=45), en segundo lugar, durante la movilización en un 24,51% (n=25), frente a un porcentaje menor en la deambulación 15,69% (n=16), con la bipedestación en un 11,76% (n=12) y finalizando al acostarse con un 3,92% (n=4). No se recogió está variable en 18 de las caídas. Con respeto a las medidas de seguridad, el 100% usó algún tipo de medida. En un 31,93% (n=38) se

usó barandillas, en un 24,14% (n=14) andadores, en un 12,07% (n=7) sujeciones parciales y en un 1,72% (n=1) muleta. En lo referente al uso de barandillas se dieron en un 31,93% (n=38) de los casos, de ellos se usó de un lado en un 10,92% (n=13) y en ambos lados en un 21,01% (n=25). Un 62,5% (n=75) del total de las caídas no originaron lesión frente al 37,5% (n=45) que provocaron una consecuencia para el paciente.

Otro factor predominante a la hora de producirse una caída fue la polimedicación en un 74,6 % (n=88), (p<0,001, IC95% 66,72-82,43) teniendo en cuenta que las personas que se polimedicaban tenían 2 veces más riesgo de sufrir una caída (p<0,001, OR 2,44, IC95% 1,46-4,06). Cabe mencionar que un 30% (n=36) de los casos fueron declarados según la escala JH Downton con no riesgo o bajo riesgo de caída. Por lo que personas con puntuaciones medias y altas en la escala de JH Downton tuvieron de 4 a 5,8 veces más riesgo de caídas, respectivamente, que aquellas con puntuación bajas o de no riesgo (p<0,000, OR 4,20, IC95% 2,49-7,08; p<0,001, OR 5,83, IC95% 2,04-16,68)Entre los factores de riesgo de caídas, destacamos la deambulación, puesto que las personas que tuvieron una deambulación segura con ayuda sufrieron 5 veces más caídas que las que deambulaban normal (p<0.000, OR 5,44, IC95% 2,89-10,22). Además, los pacientes con una deambulación con ayuda segura o insegura tienen 9 y 27 veces, respectivamente, más probabilidades de tener una caída que aquellas sin dificultades para andar, ajustado por el mismo nivel de alteraciones analíticas (p<0,000, OR 9,33, IC95% 3,41-25,55; p<0,01, OR 27,09, IC95% 3,88-189,21). Igualmente, cuanto mayor es la puntuación en la escala Barthel o más independiente es el paciente, mayor será el riesgo de caída (p<0,01, OR 0,99, IC95% 0,97-,099). Las personas con alteraciones analíticas de la hemoglobina y albúmina tienen entre 4 y 10 veces más probabilidad de caerse que aquellas sin alteraciones analíticas, ajustando por el mismo nivel de deambulación (p<0,01, OR 0,22, IC95% 0,08-0,59; p<0,05, OR 0,09, IC95% 0,01-0,92).

Discusión

Con respecto al género y al momento de la caída existe cierta controversia. Se observó que, como en otros estudios previos, la mayoría de los pacientes que sufrieron caídas fueron ingresados a cargo del bloque médico frente al quirúrgico. La mitad de los pacientes que presentaron caídas tuvieron algún tipo de déficit sensorial, siendo el visual el más predominante, coincidiendo así con otros estudios similares; del mismo modo, se vio que la mayoría de caídas no producen ningún tipo de consecuencias físicas. El presente estudio encontró, que un importante porcentaje de las caídas se producen a pesar de presentar, a priori, un riesgo bajo. En cuanto a los valores sanguíneos, alteraciones de la hemoglobina y albumina influyen directamente en el aumento del riesgo de caídas. No se han encontrado estudios previos que relacionen directamente valores anormales de albúmina con el aumento del riesgo de caídas, pero desde el punto de vista clínico sí que parece plausible esta relación, puesto que alteraciones de esta proteína pueden considerarse como un indicador de fragilidad.

Conclusiones

Las características de los pacientes fueron similares a los hallazgos encontrados en centros parecidos. El perfil del paciente más propenso a la caída es el hombre de edad avanzada, polimedicado, ingresado en servicios médicos y con cierto nivel de dependencia. Con respecto a las alteraciones sanguíneas, destacan valores anormales de

hemoglobina y albúmina. Ésta última, aporta un valor de riesgo nutricional y además, nos podría indicar la presencia de fragilidad. El abordaje de las caídas es multifactorial, complejo y se recomienda un enfoque multidisciplinar e individualizado.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Najafpour Z, Godarzi Z, Arab M, Yaseri M. Risk Factors for Falls in Hospital In-Patients: A Prospective Nested Case Control Study. Int J Health Policy Manag. 1 de mayo de 2019;8(5):300-6.
2. Francis-Coad J, Hill AM, Jacques A, Chandler AM, Richey PA, Mion LC, et al. Association Between Characteristics of Injurious Falls and Fall Preventive Interventions in Acute Medical and Surgical Units. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 25 de septiembre de 2020;75(10):e152-8.
3. Dykes PC, Curtin-Bowen M, Lipsitz S, Franz C, Adelman J, Adkison L, et al. Cost of Inpatient Falls and Cost-Benefit Analysis of Implementation of an Evidence-Based Fall Prevention Program. JAMA Health Forum. 6 de enero de 2023;4(1):e225125.
4. de Groot GCL, Al-Fattal A, Sandven I. Falls in hospital: a case-control study. Scand J Caring Sci. junio de 2020;34(2):332-9.
5. Chu RZ. Prevenir las caídas de pacientes hospitalizados: el papel central de la enfermera. Nursing (Lond). 1 de noviembre de 2017;34(6):20-5.
6. Noh HM, Song HJ, Park YS, Han J, Roh YK. Fall predictors beyond fall risk assessment tool items for acute hospitalized older adults: a matched case-control study. Sci Rep. 15 de enero de 2021;11(1):1503.
7. Dharmarajan TS, Avula S, Norkus EP. Anemia increases risk for falls in hospitalized older adults: an evaluation of falls in 362 hospitalized, ambulatory, long-term care, and community patients. J Am Med Dir Assoc. junio de 2006;7(5):287-93.
8. Lee J, Negm A, Peters R, Wong EKC, Holbrook A. Deprescribing fall-risk increasing drugs (FRIDs) for the prevention of falls and fall-related complications: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 10 de febrero de 2021;11(2):e035978.
9. García-Hedrera FJ, Noguera-Quijada C, Sanz-Márquez S, Pérez-Fernández E, Acevedo-García M, Domínguez-Rincón R, et al. Incidence and characteristics of falls in hospitalized patients: A cohort study. Enfermeria Clin Engl Ed. 2021;31(6):381-9.
10. Montero-Odasso MM, Kamkar N, Pieruccini-Faria F, Osman A, Sarquis-Adamson Y, Close J, et al. Evaluation of Clinical Practice Guidelines on Fall Prevention and Management for Older Adults: A Systematic Review. JAMA Netw Open. 1 de diciembre de 2021;4(12):e2138911.

11. Enríquez de Luna-Rodríguez M, Aranda-Gallardo M, Canca-Sánchez JC, Moya-Suárez AB, Vázquez-Blanco MJ, Morales-Asencio JM. Profile of the patient who suffers falls in the hospital environment: Multicenter study. Enfermeria Clin Engl Ed. 2020;30(4):23643.

Mesa 7: Cuidados materno-infantiles
Session 7: Maternal and infant care

AUTORES/AUTHORS:

Mário Antônio Sanches - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil. - https://orcid.org/0000-0002-5794-2272 Taiara Maestro Calderon de Paula - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil.-https://orcid.org/0000-0003-3131-8583. Caroline Filla Rosaneli - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil - https://orcid.org/0000-0003-3710-5829

TÍTULO/TITLE:

Maternidade solo: mais condição do que escolha

Palavras-chave

Maternidade solo; Família; Vulnerabilidades; Escolhas; Bioética.

Introdução.

No Brasil há mais de 11 milhões de famílias que tem como chefe de família uma mãe solo, ou seja, solteira, viúva ou divorciada (IBGE, 2017).

Objetivo

Identificar, no contexto de vulnerabilidades no Brasil, se a maternidade assumida sozinha é escolha ou condição.

Metodologia

A pesquisa é parte do estudo “Família e Vulnerabilidades”, aprovado por Comitê de Ética, de caráter qualitativo que se deu por meio de entrevistas, em cinco cidades. Foram analisadas 28 entrevistas, sendo a amostra da pesquisa caracterizada como do sexo feminino e mães.

Resultados e Discussão: Nos contextos estudados, marcados por famílias em condições de vulnerabilidade múltiplas, assumir uma maternidade solo se dá, predominantemente, por imposição de uma dinâmica familiar que não foi desejada nem planejada. Isto se dá por vários motivos. Destaca-se a falta de companheirismo que leva à separação e, nestas situações, a mulher assume a maternidade sozinha: “Eu carreguei praticamente tudo sozinha tanto que, quando eu divorciei do meu marido, meu menino mais novo tinha três anos... Entendeu? Mãe e pai: essa é a palavra!” (Mãe n.2). A condição de assumir filho(a) sozinha é tão imposta que pode ser acompanhada de uma sensação de fracasso pessoal: “Eu sei que um filho precisa de um pai né, e ela sentia muita falta do pai dela, e sente até hoje, por falta do pai, então isso foi uma coisa que eu me arrependo muito... de ter ...não ter arrumado um pai melhor pra ela né” (Mãe 3). Em algum momento, as falas apontam para uma visão de que o elemento masculino se autocompreende descompromissado com a paternidade. “A minha experiência de maternidade não foi boa, porque mesmo quando eu tinha o meu marido comigo, eu não tive muito colhimento, aquela coisa dele da parte dele de marido, de ajuda de marido, marido que tipo assim:

botou a comida na casa negócio, tá bom! Mulher que se vira com o resto da casa e filho e os demais? Foi a minha situação" (Mãe 4). Este descompromisso masculino é apontado como presente na maioria dos homens. Nesse sentido, uma das mães desabafa: "Aí, eu pus ele na justiça; eu não ia colocar, mas: 'Alô, ...! Meu filho tá bom?'; nem isso ele faz. Desculpa falar a verdade..." (Mãe 12). A sobrecarga de trabalho da mulher (Jablonski, 2010) é agravada quando a mulher assume sozinha a maternidade, pois se torna a única provedora da família. Aqui, as expressões romantizadas atribuídas às mães solo, tais como "mãe guerreira" e "pãe", (pai-mãe), somente revelam a sobrecarrega feminina. (Galvão, 2020). "...quando o pai dele foi embora, ele tinha nove meses. ... ele nunca me deu uma bala pro filho dele, entendeu?" (Mãe 22). As consequências dessa irresponsabilidade masculina são muitas e dados apontam que a taxa de pobreza por domicílio é maior em domicílios compostos por mães em famílias monoparentais (IBGE, 2017).

Considerações Finais: Embora na sociedade brasileira esteja estabelecido o direito à mulher em assumir a maternidade sozinha, o que se observa é que nos contextos de familiares vulneráveis esta não é uma escolha da mulher, mas uma condição feminina. Esta é uma compreensão necessária para que o sistema de saúde, e toda a comunidade, possam oferecer apoio e acolhida para essa mãe solo, superando discriminações e preconceitos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Galvão, L.B. (2020). Mãe solteira não. Mãe solo! Considerações sobre maternidade, conjugalidade e sobrecarga feminina. Revista Direito e Sexualidade, v. 1, n. 1, p. 123.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf. Acesso em: 19 abr 2023.

Jablonski, B. (2010). A divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres no cotidiano do casamento. Psicologia Ciência e Profissão, v. 30, n. 2, p. 262275.

Observações:

- Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontificia Universidade Católica do Paraná (Brasil). Número do Parecer: 5.134.533.
- Os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento informado.
- Os autores não tem conflito de interesse
- O estudo não utilizou recursos e Inteligência Artificial no processo de redação.

AUTORES/AUTHORS:

Grace Kelly Penaforte Pacheco, Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8705-580X

Aldalice Aguiar de Souza, Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3002-4578

ID: 16794

TÍTULO/TITLE:

Estratégia metodológica freireana na construção de um guia para o manejo do óbito neonatal

Palavras-chave

Mortalidade Neonatal; Equipe de Saúde; Enfermagem; Tecnologias em Saúde; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Introdução

O óbito neonatal compreende o período do nascimento até aos 28 dias de vida. A perda de um recém-nascido (RN) representa experiências difíceis tanto para a família quanto para a equipe de saúde, quando internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A equipe de saúde multiprofissional que atua na UTIN nem sempre está preparada para prestar os cuidados necessários ao RN e a família em situações de morte, configurando-se um grande desafio na assistência à saúde materno infantil[1-2]. Nesta perspectiva, destaca-se o desenvolvimento de tecnologias em saúde como potencial apoio as práticas profissionais no sentido de facilitar o processo do cuidar e educar na saúde.

Objetivo

Desenvolver uma tecnologia educacional no formato de um Guia quanto o manejo do óbito neonatal para os profissionais de saúde atuantes em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de uma maternidade pública na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil.

Método

Estudo de desenvolvimento metodológico, qualitativo, apoiado na estratégia metodológica Itinerário de Pesquisa da Paulo, realizado a partir da aplicação de Círculos de Cultura como uma proposta dialógica adaptada para área da saúde. Este método articula-se com a pesquisa ação-participativa, uma vez que há a ação sobre uma realidade concreta, a partir da práxis educativa, emancipatória e transformadora[3-5]. Os Círculos de Cultura de Paulo Freire são caracterizados como espaços coletivos em que um grupo de participantes se encontra para dialogar sobre determinado tema, estruturado em três etapas interdependentes: Investigação temática, onde ocorre o levantamento dos temas geradores

pelos participantes do estudo, a Codificação e Descodificação, em que os participantes contextualizam, significam e ressignificam os temas geradores, e o Desvelamento crítico, quando os participantes a partir de um processo crítico e reflexivo buscam possibilidades de intervenções para o enfrentamento de suas práticas em saúde.[2] A coleta de dados foi realizada em uma maternidade na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil, no período de dezembro a 2021 a março de 2022. Os participantes foram profissionais de saúde atuantes em uma maternidade, no setor de UTIN. A coleta de dados se deu em três momentos, o primeiro com revisão narrativa de literatura nas bases de Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e National Library of Medicine (PubMed), com delineamento temporal dos últimos 10 anos. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Mortalidade Neonatal”, “Equipe de Saúde”, “Enfermagem”, Tecnologias em Saúde” e “Unidade de Terapia Intensiva Neonatal” nas línguas português, inglês e espanhol. Do total de 74 artigos selecionados lidos na íntegra, foram excluídos 68 considerados inelegíveis por não estarem diretamente ligados ao tema proposto, havendo a inclusão de seis artigos apenas para a complementaridade teórica do conteúdo do Guia. O segundo momento foi a realização dos Círculos de Cultura, com visita prévia ao campo de investigação, identificação e aproximação das pesquisadoras com os participantes, em que foi feita a apresentação, esclarecimento dos objetivos e contribuição do estudo, em seguida o convite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os encontros aconteceram em um auditório da instituição em que os participantes atuavam, nos dias e horários acordados, conforme a disponibilidade dos pesquisados. Além disso, foram gravados por áudio gravador digital e tiveram duração entre uma a duas horas. As questões disparadoras levadas para o grupo versavam sobre a compreensão do óbito neonatal pelos profissionais e quanto os limites, dificuldades e potencialidades vivenciadas em suas práticas no manejo do óbito. No terceiro o último momento, foi desenvolvido o Guia, juntamente com os profissionais de saúde, em que no último encontro do Círculo de Cultura foram elaborado o conteúdo com base nas principais questões e necessidades levantados pelos participantes. O estudo foi parte de uma pesquisa maior “Aspectos organizacionais e estruturais de maternidade que atendem a mulher que vivencia a perda gestacional em Manaus”, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, com parecer de N° 5.540.012, em atenção a Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012 com diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultado

Realizou-se quatro encontros de Círculo de Cultura, com a participação de 22 profissionais de saúde, entre técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, um auxiliar de pesquisa e duas pesquisadoras que assumiram o papel de mediadoras dos encontros. As falas dos participantes desvelaram sentimentos de medo, solidão, saudade, despedida e perda com relação a compreensão do óbito. Como limites e fragilidades, revelou-se o medo da reação dos pais com a notícia, observação da solidão materna, falta de rede de apoio familiar, limite terapêutico, falta de diálogo sobre a perda, saída sem o bebê da maternidade e o sentimento de alívio. As potencialidades vivenciadas foram percebidas pelos profissionais como sentimento de alívio, trabalho em equipe e formação de vínculo com o recém-nascido e a família. Na fase do Desvelamento crítico as intervenções foram dimensionadas quanto a necessidade de utilizar

clareza e uniformidade na informação e dirigidas a família, apoio à equipe multidisciplinar, sugerir a família colocar o recém-nascido no colo após óbito, propor uma caixinha de lembranças, garantia da emissão de documentação adequada, capacitação da equipe e incentivo ao fortalecimento do vínculo das mães. Ao término da investigação, produziu-se o conteúdo do Guia juntamente com os participantes, organizado em 66 página, com quatro capítulos, no formato digital, com predominância das cores em tons de roxo, alusivas à prematuridade, que se configura a maior causa do óbito neonatal. A diagramação textual e de imagem contou com o apoio de um designer gráfico.

Discussão

O óbito neonatal vivenciado pela equipe de saúde da UTIN representou questões que ultrapassaram os limites da assistência à saúde, englobando também aspectos sociais, culturais e psicológicos, nos contextos do processo de trabalho dos profissionais e das famílias enlutadas. Observou-se que embora o óbito neonatal ocorresse com frequência no interior das práticas de cuidado, esta temática era pouco discutida entre a equipe estudada, como constatado em estudos anteriores sobre esta temática[6]. Evidenciou-se que grande parte dos profissionais não se sentiam preparados para lidar com a perda neonatal, atribuindo isto a pouca atenção dada a esta questão em âmbito institucional. O suporte emocional, disponibilização de espaço adequado para a comunicação da notícia do óbito,

apoio da equipe multidisciplinar e boas práticas relacionadas ao processo de luto foram estratégias positivas apontadas tanto pelos participantes deste estudo, quanto observadas em pesquisas similares[7-9]. Outro aspecto importante observado foi necessidade levantada pelos participantes de envolver a família nos cuidados desde o início da internação, de modo a estimular o vínculo e a capacidade de compreensão das causas e gravidade que levaram o bebê ao óbito. A falta de um espeço adequado para interagir com a família quanto a comunicação da notícia do óbito e a permanência do corpinho do bebê para a despedido foi outra questão bastante discutida nos Círculos de Cultura. Tais reflex6es foram importantes para o reconhecimento da necessidade de oferta de cuidados mais humanizados e adequados para a realidade local vivenciada. Ressalta-se que a estratégia metodológica do Itinerário de pesquisa de Paulo Freire foi oportuna para a reflexão das práticas profissionais a partir de uma interação dialógica e coletiva na busca de tomada de decisão em intervenç6es de cuidado. As etapas dos Círculos de Cultura possibilitaram não apenas um processo de reflexão, mas de ação crítica mediante as dificuldades, fragilidades e limitaç6es vivenciadas pela equipe de saúde. Além disso, foi possível nas discuss6es a utilização da estratégia metodológica para o desenvolvimento da tecnologia educacional proposta, construída com os profissionais e a partir de suas necessidades e realidades vivencias no manejo do óbito neonatal.

Considerações Finais

Conclui-se que o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire contribuiu para a construção do Guia, podendo ser mais uma opção para o desenvolvimento participativo de tecnologias em saúde, especialmente para a área da enfermagem. Acredita-se esta produção tecnológica possa ser útil, criativa e inovadora para auxiliar e apoiar a equipe de saúde atuante na UTIN quanto ao manejo do óbito neonatal e de seus familiares.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Subutzki LS, Silva LD da, Lunardi VL, Smeha LN, Costenaro RS, Backes DS. Construcción y validación de constructo sobre el proceso de muerte y morir de los recién nacidos. Rev. Colomb. Enferm, 2018;17:21-30. doi:10.18270/rce.v17i13.2421

2. Ribeiro AP, Silva JSLG, Medeiros TC. A equipe de enfermagem e a morte do recém-nascido. Revista Pró-univer SUS, 2020; 11 (1):129-135. doi:10.21727/rpu.v11i1.2132

3. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 67 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019. 256 p.

4. Souza JB, Barbosa MHPA, Schmitt HBB, Heidemann ITSB. Paulo Freire's culture circles: contributions to nursing research, teaching, and professional practice. Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20190626. doi:10.1590/0034-7167-2019-0626

5. Brandão CR, Borges MC. A pesquisa participante: um momento da educação popular. Rev. Ed. Popular, 2007; 6(1): 51-62.doi: https://doi.org/10.14393/REP-2007-19988

6. Pereira MCC, Castro SFF, Brito ES, Carvalho NV, Lopes DV, Pinheiro JDS, et al. Saberes e práticas do enfermeiro na unidade de terapia intensiva. Rev enferm UFPE online, 2019;13(1):70-8. doi: 10.5205/1981-8963-v13i1a234842p70-78-2019

7. Lari LR, Shimo AKK, Carmona EV, De Moraes MHBL, Campos CJG. Suporte aos pais que vivenciam a perda do filho neonato: revisão de literatura. Aquichan. 2018; 18(1): 80-94. doi:10.5294/aqui.2018.18.1.8

8. Salgado H de O, Andreucci CB, Gomes ACR, Souza JPD de. The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil: a quasi-experimental before-and-after study [Internet]. Reproductive Health. 2021; 18[citado 2023 set. 30] Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4

AUTORES/AUTHORS:

Manuel Herrero-Montes[1], Rubén Saiz Cavero[2], Alexandra Parás Bravo[2], Carolina Lechosa Muñiz[2], Maria Jesús Cabero Pérez[2], Cesar Fernandez-de-las-Peñas[3], Paula Parás-Bravo[1], Domingo Palacios-Ceña[3]

1 Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria. Santander. España.

2 Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Servicio Cántabro de Salud. Santander. España.

3 Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. España.

TÍTULO/TITLE:

Parir durante la pandemia de COVID-19: Estudio cualitativo desde las perspectivas de las madres

Palabras clave

COVID-19; parto; Investigación cualitativa.

Objetivo(s)

Analizar la experiencia de mujeres embarazadas diagnosticadas con COVID-19 que dieron a luz durante la pandemia en España.

Métodos

Estudio cualitativo de casos en un hospital del norte de España. Se utilizó un muestreo por propósito con los siguientes criterios de inclusión: a) >18 años, b) diagnosticadas con PCR de COVID-19, c) realizaron el parto entre abril 2020 y febrero 2021. Para recoger los datos se utilizaron entrevistas en profundidad y notas de campo de los investigadores. Se redactaron transcripciones completas y literales de cada una de las entrevistas y notas de campo de los investigadores. Se realizó análisis temático por 2 de los investigadores por separado. Posteriormente, se celebraron reuniones conjuntas para combinar los resultados del análisis. En caso de diferencias de opinión, la identificación de los temas se realizó por consenso entre los miembros del equipo. Posteriormente, el equipo de investigación celebró reuniones conjuntas para identificar los temas finales. No se utilizó software de análisis de datos.

Resultados

Se reclutaron 19 mujeres, con edad media de 34,72 años. Del total, 15 tuvieron parto vaginal y 4 cesárea.

En el preparto, las mujeres encontraron dificultades en la preparación para el parto, ya que se suspendieron las clases de preparación presenciales. El miedo al contagio fue un sentimiento recurrente en el preparto. Además, expresaron falta de información.

Durante el parto, algunas mujeres mostraron aceptación y resiliencia ante las restricciones de los protocolos hospitalarios, mientras que otras expresaron desacuerdo y limitaciones en sus decisiones. N relación a los profesionales de la salud, algunas mujeres elogiaron el trato y la comunicación, pero otras se sintieron desconectadas en relación al uso de equipos de protección personal.

En el postparto, algunas mujeres manifestaron dificultades para establecer la lactancia materna debido a la falta de apoyo. Además, el miedo al contagio seguía presente.

Discusión

Estos resultados resaltan la necesidad de proporcionar información clara y apoyo emocional a las mujeres durante el preparto. Durante el parto, se enfatiza la importancia de respetar la autonomía de las mujeres y promover una comunicación empática con los profesionales de la salud. Además, es crucial implementar protocolos flexibles que permitan la participación de las mujeres en las decisiones relacionadas con su parto. En el postparto, se requiere un apoyo adicional para establecer la lactancia materna y abordar los temores de contagio. Estos hallazgos subrayan la importancia de una atención centrada en la paciente, considerando las necesidades emocionales, informativas y de apoyo de las mujeres embarazadas durante la pandemia.

Los profesionales de la salud deben prepararse para situaciones similares, brindando información actualizada, adaptando los protocolos, mostrando empatía y respetando las preferencias de las mujeres. Asimismo, es fundamental fortalecer los servicios de apoyo postparto y promover un enfoque integral para atender las necesidades emocionales y de salud de las mujeres y sus bebés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Carpenter, C., & Suto, Melinda. (2008). Qualitative research for occupational and physical therapists : a practical guide. Blackwell-Well Publishing. https://www.wiley.com/en-us/Qualitative+Research+for+Occupational+and+Physical+Therapists%3A+A+Practical+G uide-p-9781405144353

Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. The European Journal of General Practice, 24(1), 120– 124. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092

Moser, A., & Korstjens, I. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 1: Introduction. The European Journal of General Practice, 23(1), 271–273. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375093

Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. The European Journal of General Practice, 24(1), 9–18. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091

O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 89(9), 1245–1251. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388

Sim, J., Saunders, B., Waterfield, J., & Kingstone, T. (2018). Can sample size in qualitative research be determ ined a priori? Https://Doi.Org/10.1080/13645579.2018.1454643, 21(5), 619–634. https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1454643

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care, 19(6), 349–357. https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZM042

Turner-Bowker, D. M., Lamoureux, R. E., Stokes, J., Litcher-Kelly, L., Galipeau, N., Yaworsky, A., Solomon, J., & Shields, A. L. (2018). Informing a priori Sample Size Estimation in Qualitative Concept Elicitation Interview Studies for Clinical Outcome Assessment Instrument Development. Value in Health : The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 21(7), 839–842. https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2017.11.014

Otros aspectos del trabajo

Estudio aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos y Productos Sanitarios de Cantabria (code: 2022.149) y se ha recabado el consentimiento informado de los participantes.

Los autores no tienen ningún tipo de conflicto de intereses.

No se ha utilizado inteligencia artificial (IA) generativa o tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Mesa 8: Desigualdad en salud
Session 8: Inequality in health

AUTORES/AUTHORS:

Debora Ortolan Fernandes de Oliveira Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7937-1837
Liliana Graciete Fonseca Rodrigues Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6900-9634
Tánia Mara Marques Granato Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2912-0693
Maria da Conceigáo de Oliveira Carvalho Nogueira Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9152-754X

TÍTULO/TITLE:

Ética del cuidado en la investigación cualitativa con mujeres en situación de múltiples vulnerabilidades

Palabras clave

Mujeres, salud mental, investigación cualitativa, violencia de género.

Introducción

Los cuidados éticos básicos para la realización de investigaciones con seres humanos, como someter el proyecto a consideración del Comité de Ética, informar a los participantes en el estudio sobre la voluntariedad de su participación y el derecho a retirarse, garantizar el anonimato y la confidencialidad del material de investigación son algunas de las precauciones obligatorias. En una investigación cualitativa (Dickson-Swift, James, Kippen, & Liamputtong, 2007; Stake, 2011; Yin, 2016), se busca comprender los significados de las experiencias que ocurren en contextos de vida específicos, desde la perspectiva de los propios participantes. La elección de este enfoque, centrado en la singularidad de las experiencias humanas y su estudio en profundidad, junto con la perspectiva contextual del fenómeno estudiado, permite comprensiones más complejas.

La investigación científica con grupos de personas vulnerables, sin embargo, requiere cuidados específicos, que van más allá de los requisitos comunes a otras investigaciones (Bajotto & Goldim, 2012), como el manejo del investigador y el encuadre de la entrevista, así como la explicación detallada de los términos de consentimiento y asentimiento para la participación informada. Según el Consejo Nacional de Salud (CNS) de Brasil, el término vulnerabilidad se refiere a una "situación en la que una persona o grupo de personas tiene una capacidad reducida para tomar decisiones y oponer resistencia en la situación de investigación, como resultado de factores individuales, psicológicos, económicos, culturales, sociales o políticos" (CNS, RES.510/2016, artículo 2). Por nuestra parte, destacamos la situación de vulnerabilidad de las personas en sufrimiento psicológico intenso, ya sea agudo o crónico, que incluye a los oprimidos por diferentes matrices de dominación, como el sexismo, el racismo, el capacitismo, el clasismo, entre otros (Collins, 2019).

Objetivo

Pretendemos reflexionar sobre la ética del cuidado en la investigación cualitativa con grupos vulnerables, a partir de dos estudios empíricos en los que investigamos la experiencia emocional de mujeres en situaciones de múltiples vulnerabilidades.

Métodos

Realizamos dos estudios cualitativos con mujeres en situación de vulnerabilidad, cuyas participantes fueron invitadas a contar sus historias de vida en entrevistas individuales, a partir de preguntas orientadoras. En el primer estudio, entrevistamos a usuarias de un servicio público de salud mental en Brasil, llamado Centro de Atención Psicosocial - CAPS (Brasil, 2013). Esta investigación fue debidamente aprobada por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica de Campinas, Sáo Paulo, Brasil (CAAE: 50749321.1.0000.5481), cuyo dictamen es el n° 4.929.484. Este grupo se caracteriza por ser mujeres-madres, de la periferia, en tratamiento por graves trastornos mentales y víctimas de diversas formas de violencia.

En el segundo estudio, realizado en Portugal, se entrevistó a mujeres que asisten a una Organización No Gubernamental (ONG) de atención a las víctimas de la violencia de pareja, por lo que también experimentan un intenso sufrimiento psíquico. Esta investigación fue sometida a la Comisión de Ética de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Oporto, Portugal, cuyo dictamen favorable es Ref. 2023/03-07. Los términos del consentimiento para la inclusión en el estudio se discutieron ampliamente con los participantes en ambos estudios antes de que firmaran.

Resultados

A pesar de las diferencias culturales y socioeconómicas, encontramos en todas las mujeres la intersección de las siguientes dimensiones: género, maternidad, violencia y salud mental en la producción de vulnerabilidades. Por esta razón, además de los cuidados éticos básicos, fue necesario tener cuidados específicos al manejar las entrevistas, tales como: flexibilidad por parte de los investigadores para programar, interrumpir, reprogramar y determinar la duración de cada entrevista; respeto del ritmo de los participantes en su elaboración psíquica y narración de la experiencia vivida; aceptación del sufrimiento emocional a través de la escucha empática y legitimadora de la experiencia vivida; consideración del contexto familiar y social en el que tiene lugar ese sufrimiento, ya en el diseño de la investigación.

Figueiredo (2007) describe las diversas facetas del cuidado que contribuyen a reflexionar sobre la postura del investigador cualitativo en la interacción con los participantes, especialmente cuando se trata de mujeres vulnerables. El autor subraya que la atención debe basarse en un equilibrio dinámico entre diferentes formas de presencia: la presencia implícita, en la que el cuidador desempeña funciones de acogida, reconocimiento y cuestionamiento; y la presencia reservada, cuando el cuidador se mantiene simplemente disponible y atento, evitando intrusiones excesivas, dando a la otra persona espacio y tiempo. Reconocemos también la necesaria sensibilidad de la investigadora para identificar las señales (situaciones, palabras, pequeños gestos) que indiquen que debía modular su presencia con el fin de proteger al participante.

Presentamos a continuación un fragmento de la narrativa elaborada por una de las investigadoras después de la entrevista, para ilustrar su interacción con una participante brasileña. Destacamos que los nombres utilizados son ficticios y que se ha ocultado información para garantizar la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

Una vez instaladas, Margarida comenzó la entrevista preguntándome de qué quería hablar con ella. Me presenté de nuevo, explicándole que soy psicóloga investigadora, que estudio el sufrimiento femenino y que por eso quería hablar con ella. Entonces le pregunté qué se imaginaba que le había pasado en la vida para estar en el CAPS. De repente, Margarida rompió a llorar... Saqué el pañuelo de mi bolso y lo puse sobre la mesa. Ella cogió el pañuelo, se secó las lágrimas y tomó aire. Luego me dijo: "No voy a poder hablar". Yo, conmovido por tanta sensibilidad, esperé a saber qué era lo mejor que podía decir. Pensé para mis adentros que no pasaría nada si ella no podía hablar. Sentí que la pregunta había tocado algo profundo. Después de unos minutos en silencio, mientras pensaba si darle la opción de hablar otro día, Margarida empezó a contar su historia.

En el extracto anterior, encontramos un ejemplo de un momento en el que la participante, una mujer brasileña periférica en tratamiento por un grave trastorno mental y víctima de violencia, se muestra extremadamente sensible a la pregunta orientadora al principio de la entrevista. La investigadora asume una postura atenta, tratando de escuchar el movimiento de la participante, dándole la oportunidad de sentir, reflexionar y posicionarse. Esta postura de espera por parte de la investigadora permitió a Margarida establecer el campo de la entrevista, que se inauguró solo cuando se sintió acogida en su sufrimiento y empezó a contar su historia espontáneamente.

En el siguiente fragmento del relato de la investigadora sobre una entrevista realizada para el estudio en Portugal, observamos que la participante, una mujer portuguesa víctima de violencia en la pareja, revela cómo se sintió engañada y manipulada por su marido. En este extracto, podemos observar que la investigadora asume una presencia implicada, buscando activamente acoger/reconocer el dolor del participante.

Rosa hace un largo relato, quizás del tamaño de su indignación, al descubrir que su exmarido había estado controlando su vida incluso antes de que se juntaran. A todos los hombres que se le acercaban les decía en secreto que ya estaba comprometida. Rosa no entendía por qué no podía tener citas en ese momento. Luego se dio cuenta de que él la "reservaba" para un futuro matrimonio. Así que le dije: "Me imagino que te disgustó mucho oír eso". La participante continúa contándome su reacción, muchos años después, cuando ya estaba enfrentada a él: "Eres realmente malvado. Eres malo. No eres una persona, un ser humano normal, tú, no sé de dónde apareciste". Indignada, Rosa añade: "Si, eso fue demasiado. Fue una pesadilla en mi vida". Inmediatamente le respondo: "Todavía lo es, ¿verdad?". Y Rosa concluye: "Una pesadilla de la que todavía no he conseguido librarme, es verdad Sabes que tengo días, ahora es más raro, pero antes soñaba mucho con él. Pero siempre era él, y yo siempre escapando de él".

El investigador cualitativo que trabaja con poblaciones vulnerables sabe que desempeña un papel fundamental en la producción de sus datos, y para ello, cuenta con su sensibilidad ante el sufrimiento del otro, su conocimiento del contexto vital del participante y su compromiso ético con el respeto a la alteridad. Destacamos la importancia de la

experiencia previa de los investigadores con la población participante en los estudios, ya que favoreció la escucha cualificada y la comprensión de las experiencias compartidas. Otro punto importante fue el apoyo institucional, ya que las entrevistas se realizaron en las instituciones donde los participantes estaban en tratamiento. De este modo, el equipo institucional podría seguir el desarrollo de la investigación y prestar asistencia en caso de que alguna participante la necesitara, ya sea durante o después de las entrevistas.

Discusión

Las entrevistas con personas vulnerables exigen de los investigadores una escucha empática, así como una postura de adaptación y aceptación del sufrimiento emocional que se manifiesta lo largo de las entrevistas. Este manejo sensible tiende a favorecer comunicaciones más espontáncas y más cercanas a las vivencias de los participantes, así como a evitar invasiones ambientales innecesarias, lo que no sólo hace viable el estudio, sino que lo enriquece con contenidos significativos. En el caso de las mujeres vulnerables, la perspectiva feminista interseccional (Collins, 2019; McCall, 2005; Nogueira, 2017) permite considerar cómo diferentes marcadores sociales, como género, raza, clase, nacionalidad, etc., operan en la producción de determinadas condiciones sociales y el consecuente sufrimiento. Esta perspectiva es una herramienta fundamental para comprender que las experiencias vividas son el resultado de la intersección de múltiples condiciones de vida que, vistas desde la perspectiva de las matrices de dominación, las hacen más complejas de entender. Esta mirada sobre las múltiples categorías de pertenencia contribuye en gran medida a una escucha sensible, atenta y viva de la experiencia emocional de los participantes, sobre todo para evitar su revictimización.

Concluimos que la ética del cuidado es una herramienta valiosa en la investigación cualitativa en psicología que, además de producir conocimiento riguroso, busca contribuir a la transformación social en el contexto de la entrevista investigativa.

Finalmente, declaramos que no existen conflictos de intereses entre los autores de este trabajo y que no utilizamos Inteligencia Artificial para su redacción.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY

Bajotto, A. P., & Goldim, J. R. (2012). Consentimento Informado: cuidados para o recrutamento de populações vulneráveis. Revista Bioética, 20 (2), 226-231 https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/743 Brasil (2013). Ministério da Saúde (2013). *Conheqa a RAPS Rede de Ateng'do Psicossocial.* http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca raps rede atencaopsicossocial.pdf

Collins, P. H. (2019). *Pensamento Feminista Negro.* São Paulo: Boitempo.

Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolu9'áo n° 510 de 07 de abril de 2016. https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf

Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S., & Liamputtong, P. (2007). Doing sensitive research: what challenges do qualitative researchers face? *Qualitative Research,* 7(3), 327-353. https://doi.org/10.1177/1468794107078515

Figueiredo, L. C. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psyché,* 11(21), 13-30. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200002&lng=pt&fing=pt.

McCall, L. (2005). The complexity of intersectionality. *Signs, 30* (3), 1771-1800. https://doi.orW10.1086/426800

Nogueira, C. (2017). *Interseccionalidade e Psicologia Feminista.* Salvador: Editora Devires.

Stake, R.E. (2011). *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam.* Porto Alegre: Penso Editora.

Yin, R.K. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim.* Porto Alegre: Penso Editora.

Mesa 12: Desigualdades en salud
Session 12: Health inequities

AUTORES/AUTHORS:

Pablo Hein Departamento de Sociología Facultad de Ciencias Sociales Universidad de la República

TÍTULO/TITLE:

No escribo más… se me nubló la vida. En busca de una tipología mediante notas suicidas

Palabras clave

Suicidio, Tipologías, Notas

Objetivo(s)

Construir una tipología de casos, mediante el análisis de notas/cartas suicidas

La tasa de suicidio mundial es de 10.5 por cada 100 000 habitantes, la mayoría de los suicidios (79%) ocurren en países de ingresos medios y bajos. Latinoamericanos reportan tasas superiores a la media global. Uruguay, reporta una tasa de 20,5 (Hein et al., 2018). La depresión y la desesperanza son los factores más consistentemente señalados como factores de riesgo (Ribeiro et al., 2018), la explicación no se puede reducir a factores únicos, pues se entrecruzan factores individuales, relacionales, sociales y culturales, constituyendo un fenómeno de naturaleza multifacética (Leenaars, 2017).

La notas suicidas (NS) son un productos cultural y simbólicos. Estos mensajes constituyen una fuente de archivo que arroja luz en múltiples sentidos y permiten describir de manera sistemática los contenidos, así como realizar inferencias cualitativas (Lester & Leenaars, 2016). El análisis de NS es una técnica confiable (Cerel et al., 2015). Se estima que entre 10% y 33% de los suicidas, dejan nota. (Pestian et al., 2012). Las personas que escriben son esencialmente similares a aquellas que no, en sus características afectivas, eventos adversos de vida y procesos de toma de decisión (Leenaars, 2017).

El análisis de suicidio a través de notas suicidas

A la investigación basada en información demográfica sobre el suicidio se añade el análisis de productos simbólicos, particularmente las notas suicidas. Estos mensajes constituyen una fuente de archivo que arroja luz en otros datos forenses y permiten describir de manera objetiva, sistemática y cuantitativa los contenidos de los productos simbólicos, así como realizar inferencias cualitativas (Lester &Leenaars, 2016).

Esta metodología fue inaugurada por Shneidman (1993) para evaluar de manera retrospectiva la vida subjetiva el estado psicológico en los momentos en los que se lleva a cabo el acto suicida, de manera que provee de una “ventana a la mente suicida”.

El análisis de notas suicidas es una metodología que ha sido probada como confiable de manera internacional (Cerel et al., 2015) a pesar de que no hay patrones consistentes de cuántas personas dejan notas suicidas, tendiendo hacia una minoría. La mayoría de los estudios previos han estimado que entre 10% y 43% dejan mensajes póstumos (Chávez-Hernández et al., 2006;Leenaars, 2017; Pestian et al., 2012), y de manera excepcional, porcentajes más altos. Por ejemplo, Carpenter y colaboradores (2016) encontraron un 61%de notas suicidas en un estudio en Australia.

No obstante, aunque existe mucha dispersión en esos datos y todavía es un campo creciente de investigación, una conclusión significativa es que aquellas personas que escriben notas suicidas son esencialmente similares a aquellas que no las escriben, en sus características afectivas, eventos adversos de vida y procesos de toma de decisión(Leenaars, 1988, 2017).

Investigaciones previas del análisis de notas en Latinoamérica

Existen valiosos antecedentes de investigación de notas suicidas en nuestro contexto sociocultural, aunque no se ha reportado ninguno de ellos específicamente en personas adultas mayores, siendo más bien estudios que han considerado las muestras incluyentes de todos los grupos de edad. Además, los estudios reportados sobre notas suicidas en Latinoamérica, corresponden a países como Chile, México y Uruguay.

Por ejemplo, en México, Chávez-Hernández y colaboradores (2006) analizaron 216 notas suicidas escritas por personas entre 13 91 años, encontrando que las razones para el suicidio más frecuentemente mencionadas eran de carácter interpersonal, así como una importante presencia de afectos de depresión y desesperanza, dolor y perdón. El estudio resaltó que el enfoque de la mayoría de las notas era la expresión de instrucciones sobre dinero, objetos personales, funeral o sobre los hijos. Una investigación en Chile (Ceballos-Espinoza & Chávez-Hernández, 2016) de 203 notas suicidas escritas por personas entre 14 y 91 años, también mediante el método de interjueces, encontraron que una tercera parte escribieron más de una nota. De manera similar a los hallazgos encontrados en los estudios en México, la razón más expresada para el suicidio estaba relacionada con problemas interpersonales o maritales y falta de sentido para vivir. En términos comparativos de edad: las personas de 55 años en adelante tuvieron mayor ansiedad, expresaron mayor incapacidad para seguir viviendo, mayor actitud fatalista y sentimiento de escape.

Métodos

En Uruguay, entre los años 2004 a 20151, se registraron 2698 suicidios, 693 dejaron NS. Se conformó una base combinando información forense, sociodemográfica y variables codificadas. Se realizó un análisis de contenido utilizando las categorías adaptadas de Darbonne (1969). El análisis fue realizado por jueces independientes, entrenados en la Técnica de Análisis de Contenido. Cada juez realizó un análisis independiente y posteriormente se realizó el consenso, obteniéndose la codificación final; el índice de concordancia final obtenido fue de 92.2%.El análisis

se llevó a cabo mediante respuestas excluyentes y en caso de encontrar múltiples alternativas, se eligió la de mayor significancia, también por consenso. En caso de no lograrlo se descarta la NS. Partimos de un Análisis de Segmentación y se observó que si bien existen algunas diferencias entre la población que deja NS y aquella que no, el porcentaje de ajuste del modelo es sumamente bajo (2,4%), por lo que

*Esta ponencia recoge las NS entre dichos años. La investigación abarca hasta el año 2019. las diferencias entre ambos grupos es poco concluyente y ambos presentan más similitudes que diferencias (Hein et. al., 2018).

Procedimiento de análisis

En la fase 1, se conformó una base de datos combinando información forense y sociodemográfica de cada suicidio ocurrido, y se realizó un análisis de contenido. En la fase 2, previo al análisis se exploraron algunas consideraciones generales a saber destinarios, identificar razones, estas es una tarea compleja y sus causas son múltiples, lo que implica la necesidad de evitar visiones reduccionistas sobre el hecho. En el caso de una población de estudio cuyo discurso no es asequible a partir de las técnicas de investigación más frecuentes en la sociología, las NS se vuelven un importante recurso para conocer las razones que los propios actores otorgan a su acción. Al examinar los sentimientos, la amistad, cariño, dominan el contenido de las NS. Le siguen en orden de importancia la ansiedad, miedo confusión, sentimiento de cansancio, desesperanza y depresión. El componente afectivo presente se caracteriza por concentrarse en sentimientos positivos de amor e idealización, le siguen los sentimientos de absolución y la búsqueda del perdón.

Para la primera exploración de las tipologías, la fase 3, se aplicaron técnicas de análisis de correspondencias múltiples (MCA) y clúster jerárquico (CJ). La aplicación MCA permitió la construcción de representaciones gráficas y mapas perceptuales que relacionan distancias entre individuos y variables, de manera de interpretar el grado de asociación. Por otro lado el análisis de CJ es aplicado a individuos situados en un espacio Euclideano, que comúnmente se corresponde con un conjunto de individuos caracterizados por un conjunto de variables. Entre los diversos algoritmos de construcción de clústers se utilizó el método de Ward. Este, es un proceso aglomerativo por etapas que reagrupa dos elementos, maximizando la calidad de la partición obtenida. Se puede decir que una partición es de alta calidad cuando: a. existe homogeneidad de los individuos dentro del cluster o b. existe heterogeneidad de los individuos entre los clusters. Las relaciones entre las categorías de las variables se analizaron en profundidad mediante la construcción del CJ. Los resultados del MCA para por un lado, ilustrar la importancia de cada una de las variables en la contribución a la inercia, y por otro, para explorar algunas relaciones entre las categorías de las primeras variables que más aportan a la configuración de la representación espacial de las distancias.

Luego de estas etapas comenzamos a confirma mediante el análisis cualitativo de las notas y los pre grupos establecidos en las fases 2 y 3. Esta etapa es la fase 4. El primer grupo denominado **Auto dirigido o racional** sus notas presentan un conjunto de particularidades que lo hacen enigmático. Pese a que hay un acto comunicativo proveniente de la presencia de la NS, el mismo presenta la intencionalidad de ofrecer una pauta de acción para

quienes quedarán. No son objeto del discurso el acto en sí, ni sus motivos o justificaciones. Se caracteriza por la ausencia de “afectos, sentimientos y actitudes”. Parece latente la necesidad de ejercer o mantener cierto control, incluso en la ausencia, pero en forma sistemática y metódica. La racionalidad surge de la ausencia de afectos declarados y de la sistematicidad en las disposiciones manifiestas. Este suicidio no refiere a la racionalidad imputada por un observador externo al derivar el acto como intrínsecamente empujado por un conjunto de factores precedentes, del cual emerge la acción suicida, sean estos productos de enfermedades mentales u de otra naturaleza como desenlaces amorosos. El suicidio racional que configuramos aquí, no es de personas “enfermas”, sino de personas “sanas” que deciden conscientemente que han vivido suficientes y el acto resulta de la decisión de tomar en sus manos el cómo y cuándo partirán. Esta línea de investigación es la que estudios recientes en centros de investigación clínica ensayan como explicaciones alternativas a las clásicas, donde el suicidio es visto como disfuncionalidad o distorsión del sistema psíquico. Por ejemplo, el trabajo de la Dra. Meera Balasubramaniam (2018) quién recientemente ha discutido el suicidio en adultos mayores, en ausencia de enfermedades psiquiátricas, enmarcando el mismo en un acto de racionalidad. En la misma línea se encuentran los trabajos de E. Dzeng y S. Pantilat quienes, derivan el acto de racionalidad como una valoración del individuo sano y de su posición en un sistema de coordenadas establecidas en la confluencia de 3 factores: el neoliberalismo, la tecnología, y el cambio de las actitudes relacionadas con la legalización de la muerte asistida. Otra perspectiva que también rodea el debate es la libertad de elección que tienen las personas sobre el máximo bien que poseen, es decir, su existencia. No es el objetivo del presente trabajo realizar una exposición de cada uno de los enfoques que puede enmarcarse el suicidio como comportamiento racional, sino dar algunos marcos interpretativos en los cuales dicho fenómeno puede inscribirse.

El grupo 2 denominado **dirigidos internamente**, es el de mayor peso relativo. Parte del interior del individuo y de un particular estado de integración -o más bien de ausencia- con el mundo de la realidad. Y en este sentido se expresa el deseo de huida, se visualiza al acto como una salida, un escape de su estado actual. El temor se ve acompañado de ansiedad, miedo, confusión, depresión, cansancio y desesperanza. El análisis de la ubicación temporal aporta elementos de especificación este estado de desorientación. Además se puede destacar: la necesidad de huida, y el deseo de morir. Las notas que son de este grupo hacen referencia a todos los tiempos verbales, es decir desde hechos del pasado hasta el futuro. Encontramos sentimientos de ansiedad, miedo, confusión, depresión, cansancio, desesperanza. Un elemento interesante es que casi la totalidad manifestaron incapacidad para continuar. Otro elemento explorado es que todas las notas examinadas exhiben sentimientos positivos de perdón y compasión pertenecen a este grupo y un elemento llamativo es que formularon en forma expresa el deseo de que su partida no ocasione sufrimiento en las personas de su entorno pertenecen a dicho grupo.

Por último el grupo 3, denominado **irigidos por los Otros** acto comunicativo por excelencia, que busca castigar al otro, que impone una única historia. Es en todos los casos un acto de venganza, asociado con un conjunto de sentimientos negativos. Como tal transfiere la responsabilidad del acto a terceros principalmente a la pareja, y de este modo la necesidad acusatoria se hace expresa y con destinatarios concretos. Este tipo de suicidio es tratado en la

bibliografía especializada, Jesús Quintanilla basado en la *el suicidio se convierte, al ser consumado, en un acto de venganza contra la persona que servía de objeto de identificación, y que puede ser el padre, la madre, el hijo, el esposo, etc. Ese deseo de muerte contra otra persona que el suicida traslada a su propia experiencia quitándose la vida, es la manera de protestar, finalmente, contra un hecho consciente o inconsciente que le ha afectado* (Quintanilla:2003) De esta manera, las personas combinaron los siguientes atributos: sentimientos se asocian con la agresión dirigida al exterior. Muestra o escriben palabras de crítica, hostilidad y venganza, que también integran una crítica a la pareja y hostilidad. Casi la totalidad de los individuos que seleccionaron motivos de venganza. Muy pocos casos buscan el perdón y dado la carga emocional, en nulo una estructura metódica y organizada. Ninguna nota presenta sentimientos de amistad, cariño, y en casi ningún caso se identifican elementos de despedidas.

Resultados

Los alcanzados hasta la fecha están solidificando las tipologías de casos, en base a las NS, emanados desde la mirada cualitativa que buscan representaciones culturales con una mirada o enfoque sociológico de la retratamos a las notas no como indicadores directos de la enfermedad mental, sino como artefactos culturalmente específicos que ponen de relieve el papel de las relaciones sociales en los casos de suicidio. Nos acercaremos a las notas como medio de conexión, así como llamar la atención sobre su contenido, estructura y forma material. En particular, nos preguntamos cómo el uso de notas de suicidio como una disculpa puede ayudar a establecer una relación donde no existía previamente o para restablecer uno que había sido cortado. Sugerimos que esto sucede generalmente con un sentido hacia la mejora de las posibilidades de tener sus deseos finales hicieron caso de la persona fallecida. Por lo tanto, esta exploración en base a las tres tipologías o grupos nos permite comenzar a indagar las temas de agencias o la relaciones entre personas, es decir la malla social y cultural que articula, da lugar y es expresión del suicidio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Carpenter, B., Bond, C., Tait, G., Wilson, M., & White, K. (2016). Who leaves suicidenotes? An exploration of victim characteristics and suicide method of completed suicides in Queensland. Archives of Suicide Research, 20, 176-190.

Ceballos-Espinoza. F. & Chávez A.M. (2016). Profiling Chilean note-writers through Content Analysis.Avances en Psicología Latinoamericana, 34(3), 517-528.

Cerel, J., Moore, M., Brown, M. M., van de Venne, J., & Brown, S. L. (2015). Who leaves suicide notes? A six-year population-based study. Suicide and Life-Threatening Behavior, 45, 326-334.

Chávez-Hernández, A. M., Ceballos-Espinoza, F., Luna-Lara, M. G., & Padilla-Gallegos, G. M. (2015).Comparación de notas suicidas mexicanas y chilenas vía escalamiento multidimensional. Acta Universitaria, 25(NE-2), 10-15.

Chávez Hernández, A. M., Macías García, L. F., & Luna Lara, M. G. (2011). Notas suicidas mexicanas. Un análisis cualitativo. Pensamiento Psicológico, 9(17), 33-42.

Darbonne, A. (1969). Suicide and age: A suicide note analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33(1), 46-50.

Fowler, J. C. (2012). Suicide risk assessment in clinical practice: pragmatic guidelines for imperfect assessments. Psychotherapy (Chicago, Ill.), 49(1), 81-90.

Galynker, I. (2017). The Suicidal Crisis: Clinical Guide to the Assessment of Imminent Suicide Risk. Oxford U. Press

Hein, P. & González, V.H. (2017). A comienzos del siglo XXI, suicidio en adulto mayor en Uruguay. En Larrobla, C., Hein, Et al en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuen

CSIC Udelar.

Hein, P., González, V., & Pandolfi, J. (2018) Aproximación al suicidio en los adultos mayores. En “El Uruguay desde la sociología XVI: 16ª de Sociología”. 279. Reunión Anual de Dpto. 297, Udelar.

Leenaars, A. (2017). The Psychological Autopsy: A Roadmap for Uncovering the Barren Bones of the Suicide's Mind. Taylor & Francis.

Leenaars, A. A., Girdhar, S., Dogra, T. D., Wenckstern, S., &Leenaars, L. (2010). Suicide notes from India and the United States: a thematic comparison. Death Studies, 34(5), 426-440

Lester, D., &Leenaars, A. A. (2016).A comparison of suicide notes written by men and women.DeathStudies, 40(3), 201-203

Niveau, G., Frioud, E., Aguiar, D., Ruch, P., Auckenthaler, O., Baudraz, J., &Fracasso, T. (2018). Suicide notes: Their utility in understanding the motivations behind suicide and preventing future ones. Archives of suicide research.

Shneidman, E. (1993). Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. Rowman&Littlefield Publishers, Inc.

Otros aspectos del trabajo

El estudio no contuvo la necesidad del Comité de ética.

Los autores declaran que no tiene conflictos de intereses.

Mesa 14: Panel 2

AUTORES/AUTHORS:

João Victor da Silva – Faculdades Pequeno Príncipe, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8605-5613

Mario Antonio Sanches - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5794-2272

Julia Mezarobba Caetano Ferreira – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4577-4603

Leide da Conceição Sanches - Faculdades Pequeno Príncipe, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5832-7132

TÍTULO/TITLE:

Desvelando as vulnerabilidades e equidade em saúde da população em situação de rua

Palavras-chave

Pesquisa Participante. População em Situação de Rua. Movimentos sociais.

Introdução: Trata-se de um estudo qualitativo sobre saúde da População em Situação de Rua (PSR). A PSR vive em situação de privações de acesso às políticas públicas básicas oferecidas pelo município, estado e federação do Brasil, e, consequentemente, a falta de acesso à saúde. A situação de morar na rua leva à perda ou diminuição de acesso aos direitos básicos, com consequências para a saúde dos indivíduos em situação de rua. Fatores como a exclusão na esfera do trabalho, mexem com a autoestima dos indivíduos em situação de rua, o que os afasta de suas famílias. A frustração destes indivíduos pode levar ou agravar o alcoolismo e a drogadição, ligados aos sentimentos de impotência, culpabilização e ineficiência destes indivíduos diante de suas famílias ou de seus grupos de convívio. Esses sentimentos podem condicionar características definidoras de alguns aspectos da personalidade destes indivíduos, o que gera um ciclo vicioso e dificulta gradativamente a volta para casa. A partir da condição de rua e as debilidades da saúde, os indivíduos acabam ficando impossibilitados de desenvolver suas potencialidades. Nesta pesquisa, indaga-se se os indivíduos em situação de rua têm acesso ao sistema básico de saúde, e se são tratados da mesma forma que a população em geral, com equidade.

Objetivos: Participar de movimentos sociais para compreender as discussões sobre acesso aos direitos humanos, básicos e fundamentais e da saúde da população em situação de rua e propor atividades que propiciem a educação em saúde.

Método: Trata-se de uma pesquisa do tipo participante, com observação participante, com produção de diário de campo a partir da participação em movimentos sociais, com grupos de direitos humanos, sejam estes de entidades ou organizações que trabalham com a população em situação de rua, e a realização de entrevista semiestruturada com membros destes movimentos e indivíduos em situação de rua inseridos nestes movimentos. Estes elementos são os que

se adequam melhor às características percebidas no campo, consideradas as mais pertinentes para delimitar e estruturar este trabalho. A forma de se "observar" se deu foi pela participação dos pesquisadores, nos locais onde as políticas eram discutidas. Para apreender o processo de discussão e debate sobre a saúde da população em situação de rua, é preciso estar inserido neste debate. **Resultados e discussão:** No decorrer da pesquisa houve a participação do pesquisador em diversos locais de debate, assim como a participação, elaboração, planejamento e divulgação de ações e eventos que tratavam do debate acerca desta população. Com isso, houve cinco momentos pontuais que representam um pouco da trajetória de pesquisa e o trabalho que foi desenvolvido. A análise se deu com base no referencial do pensamento crítico e da autonomia. **Considerações finais:** O trabalho se mostrou mais amplo e requisitou cada vez mais imersão por parte dos pesquisadores, e ficou evidente a importância da interrelação entre atores sociais, sociedade civil organizada e outras entidades na busca pelos direitos das populações vulneradas, com o objetivo de alcançar mudanças concretas que garantam a autonomia e reconhecimento dos indivíduos dessa população como pessoas de direitos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Abreu, D., Alcantara, S., Farias, A.(2015) Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. Revista colombiana psicologia.1(24), 129-143. Correia, M. (2009). Observação Participante enquanto técnica de investigação. Pensar enfermagem,13(2), 30-36.

Freire, P.(1987). Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro. Edição 17.

Goffman, E. (1988) Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro. Edição 4.

Guareschi, P. (2010). Relações comunitárias, Relações de dominação. In Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia. Vozes. Petrópolis.

Observações:

- Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Fasculdades Pequeño Príncipe, Curitiba, Brasil.
- Os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento informado.
- Os autores não têm conflito de interesse
- O estudo não utilizou recursos e Inteligência Artificial no processo de redação.

Mesa 16: Nuevas tecnologías
Session 16: New technologies

AUTORES/AUTHORS:

Elena Sutil-Rodríguez: Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora SACYL. Centro adscrito a la Universidad de Salamanca. ORCID: 0000-0001-8397-641X

María Elena Fernández-Martínez: Grupo de investigación SALBIS. Facultad de Ciencias de la salud. Universidad de León. ORCID: 0000-0002-8582-6631

Cristina Liébana-Presa: Grupo de investigación SALBIS. Facultad de Ciencias de la salud. Universidad de León. ORCID: 0000-0003-1272-3014

TÍTULO/TITLE:

Análisis del uso de internet en los diferentes cursos de grado en enfermería

Palabras clave

Enfermería, estudiantes, adicción a internet, humanización

Objetivo

Analizar el uso que hacen de internet los estudiantes universitarios de Enfermería según el curso en el que se encuentran matriculados.

Métodos

Estudio descriptivo transversal cuya población de estudio fueron 600 estudiantes de Enfermería matriculados en dos campus diferentes de una Universidad pública española durante el curso académico 2021/22. Se realizó un muestreo no probabilístico accidental de conveniencia. Se determinó un tamaño muestral necesario de 235 participantes con un intervalo de confianza del 95% y error de 5%, Se incluyeron a todos los estudiantes matriculados en cualquiera de los cursos de Grado. Se elaboró un cuestionario con datos sociodemográficos, datos sobre el uso que hacen los estudiantes de internet y el instrumento de medida IAT, validado al español por Fernández-Villa et al. (2015) (alfa de Cronbach= 0,91), que mide la Adicción a Internet (AI), a través de 20 ítems evaluados con una escala Likert (1-5), estableciendo un punto de corte de 40. La recogida fue voluntaria y anónima a través de un cuestionario autoadministrado distribuido de forma on line a los estudiantes. El estudio contó con el informe favorable del comité de Ética de la Universidad. Se realizó una estadística descriptiva e inferencial mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), V. 26®

Resultados

Se obtuvieron 391 respuestas. Contestaron 27% de estudiantes de primero, 29,3% de segundo, 18,8% de tercero y 8,8% de cuarto. El alfa de Cronbach fue = 0,87. Las medias y desviaciones estándar según los valores de AI en general en cuanto al curso fueron de 28±11 en primero, 24±11 en segundo, 23±11 en tercero y 26±11 en cuarto. Según las horas de uso de internet para ocio, los niveles más altos se obtuvieron en los estudiantes con más de 8 horas, con valores de 33±14, seguidos de el uso entre 4 y 8 horas con 29±11.

La prevalencia de AI obtenida en la muestra, fue de 11,5%. De los estudiantes que presentaban AI, 46,7% pertenecían a primero, 31,1% a segundo, 11,1% a tercero y 11,1% a cuarto. En cuanto a las horas que los estudiantes con AI utilizaban internet para ocio, se observó que un 44% de ellos lo hacían de 4 a 8 horas, seguidos por un 24,4% entre 2 y 4 horas y un 20% entre 1 y 2 horas. La estadística inferencial no mostró diferencias significativas en ningún caso.

Discusión

Los resultados obtenidos nos muestran que los valores de AI en los estudiantes de enfermería, así como la prevalencia de Adicción a Internet son bajos, coincidiendo con otros estudios. Parece que la tendencia, a pesar de que no se encontraron diferencias significativas, es que los estudiantes de primero, seguidos de los de segundo sean los que mayor AI presentan. Se puede observar también como los porcentajes más altos de estudiantes que presentan AI, dedican más de dos horas a su uso, destacando sobre todo, aquellos que emplean de 4 a 8 horas diarias con un porcentaje llamativamente más alto.

Se considera interesante disminuir la prevalencia y los niveles de AI en los estudiantes de Enfermería, ya que deben prepararse para el futuro profesional, en el que necesitan establecer relaciones sólidas y empáticas con los pacientes, dejando a un lado el abuso de las tecnologías para conseguir unos cuidados de calidad y más humanizados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Akturk, A. O. (2020). Prediction of problematic Internet usage of university students by their attachment styles. International Journal of Education in Mathematics, Science and Technology, 8(4), 318-329. https://doi.org/10.46328/ijemst.v8i4.1170
2. Dahl, D., y Bergmark, K. H. (2020). Problematic internet use: A scoping review – longitudinal research on a contemporary social problem, 2006–2017. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 1-29. https://doi.org/10.1177/1455072520941997
3. Fernández-Villa, T., Alguacil Ojeda, J., Almaraz Gómez, A., Cancela Carral, J M., Delgado-Rodríguez, M., García-Martín, M., Jiménez-Mejías, E., Llorca, J., Molina, A. J., Ortíz Moncada, R., Valero-Juan, L. F., y Martín, V. (2015). Problematic Internet Use in University Students: associated factors and differences of gender. Adicciones, 27(4), 265275. https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/751/720

4. Fernández-Villa, T., Molina, A. J., García-Martín, M., Llorca, J., Delgado-Rodríguez, M., y Martín, V. (2015). Validation and psychometric analysis of the Internet Addiction Test in Spanish among college students. BMC public health, 15, 953. https://doi.org/10.1186/s12889-015-2281-5

5. Moral Jiménez, M. V., y Fernández Domínguez, S. (2019). Uso problemático de internet en adolescentes españoles y su relación con autoestima e impulsividad. Avances en

Psicología Latinoamericana, 37(1), 103–119. http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v37n1/2145-4515-apl-37-01-103.pdf Prievara, D. K., Piko, B. F., y Luszczynska, A. (2018). Problematic Internet Use, Social Needs, and Social Support Among Youth. International Journal of Mental Health and Addiction, 17(4), 1008–1019. https://doi.org/10.1007/s11469-018-9973-x

1. Valkenburg, P. M., y Peter, J. (2011). Online Communication Among Adolescents: An Integrated Model of Its Attraction, Opportunities, and Risks. Journal of Adolescent Health, 48, 121-127. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.08.020

Aspectos Éticos: El estudió contó con el informe favorable de Ética de la Universidad de León (ULE-048-2021)

No existe conflicto de intereses.

No se ha utilizado la inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

AUTORES/AUTHORS:

Alba-Elena Martínez-Santos (1,2), Raquel Rodríguez-González (1), Josefa-del-Carmen

Fernández-de-la-Iglesia (3), Noelia Vicho de la Fuente (1,4), Carla Freijomil-Vázquez (5).

(1) Universidade de Santiago de Compostela, Facultad de Enfermería, Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Santiago de Compostela, España.

(2) Grupo de Investigación DIPO, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur). SERGAS-UVIGO, Pontevedra, España.

(3) Universidade de Santiago de Compostela, Facultad de Ciencias de la Educación, Departamento de Pedagogía y Didáctica, Santiago de Compostela, España.

(4) Servicio Gallego de Salud, Centro de Salud de Fingoi, Enfermería Familiar y Comunitaria, Lugo, España.

(5) Universidade da Coruña, Facultad de Enfermería y Podología, Departamento de Ciencias de la Salud, Ferrol, España.

TÍTULO/TITLE:

Nomofobia y sus implicaciones en el alumnado de primer curso del Grado en Enfermería de dos universidades gallegas.

Palabras clave

Estudiantes de enfermería, nomofobia, teléfono inteligente, género y salud.

Objetivos

Los objetivos del estudio fueron (1) identificar el nivel de nomofobia con el que el alumnado del Grado en Enfermería inicia sus estudios universitarios y (2) analizar la interrelación entre la nomofobia y las variables género y horas de uso diario del *smartphone*.

Métodos

Se realizó un estudio transversal multicéntrico. Los/as participantes del estudio fueron estudiantes de Enfermería matriculados/as en el primer curso de Grado en las Universidades de Santiago de Compostela y da Coruña (Galicia, España). La recogida de datos se llevó a cabo durante el primer cuatrimestre de los cursos académicos 2019/2020 y 2022/2023. Se empleó el Cuestionario de Nomofobia NMP-Q, creado y validado por Yildirim & Correia (2015) y adaptado y validado al contexto sociolingüístico español por Gutiérrez-Puertas et al. (2016). Dicho instrumento se componía de 4 dimensiones: (1) No poder comunicarse, (2) Perder la conexión, (3) No poder acceder a la información y (4) Renunciar a la comodidad de consultar el smartphone. Los ítems se valoraban a través de una escala tipo Likert donde 1 era “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”. Asimismo, se recogieron datos sociodemográficos. El presente estudio contó con la aprobación del Comité de Bioética pertinente. Para describir la muestra y los valores obtenidos en el instrumento seleccionado se emplearon análisis descriptivos. Dado que las variables de respuesta no siguieron una

distribución normal, se llevaron a cabo análisis no paramétricos para identificar contrastes estadísticos, con un umbral de significación (alfa) establecido en 0,05.

Resultados

La muestra consistió en 308 estudiantes de primero de Enfermería, de los cuales el 84,1% (n=260) eran mujeres. La media de edad fue de 19,2 años (± 4,3). El tiempo dedicado al uso del *smartphone* superaba las 3 horas diarias en el 64,8% de los/as participantes (n=200), estando éste relacionado fundamentalmente con el envío de mensajería instantánea (incluyendo WhatsApp) (33,7%; n=104) y la consulta de redes sociales (47,9%; n=148), donde Instagram destacaba por encima del resto (93,2% accedía todos los días). La puntuación media total fue de 69,41 puntos (rango 20-140), siendo el nivel de gravedad severo en un 11% de los/as participantes (n=34) y moderado en más de la mitad de los casos (51,8%; n=160). De las 4 dimensiones existentes, la que ha mostrado puntuaciones más altas ha sido "No poder acceder a la información" (M=4,43) (rango 17). Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas tanto en el nivel de nomofobia (p=0,000) como en las diferentes dimensiones que la componen (p=0,000) en función de las horas de uso diario del *smartphone*. De este modo, aquel alumnado que utilizaba su dispositivo menos tiempo obtenía menores puntuaciones de nomofobia. También se encontraron diferencias en base al género, donde las mujeres puntuaron más alto en los ítems "Me asustaría quedarme sin batería en mi smartphone" (p=0,034) y "Si no pudiera usar mi smartphone, tendría miedo de quedarme tirada en algún lugar" (p=0,005) y la dimensión del NMP-Q "Renunciar a la comodidad de consultar el smartphone" (p=0,017).

Discusión

En la actualidad, el uso de *smartphones* supone una necesidad cotidiana del estudiantado, tanto para realizar actividades personales y sociales como para la adquisición y transmisión de conocimientos académicos (Cho y Lee, 2016; Gutierrez-Puertas et al., 2019; Yildirim y Correia, 2015). Un elevado porcentaje de estudiantes universitarios del primer curso de Enfermería reportó pasar numerosas horas del día con su dispositivo móvil, especialmente para uso en la esfera social. En relación con ello, se observaron niveles medios-altos de nomofobia, entendiendo esto como el miedo irracional a salir de casa sin un *smartphone* o que este no establezca la conexión para utilizar sus funcionalidades (Gutierrez-Puertas et al., 2019; Yildirim y Correia, 2015).

En cuanto a las diferencias de género, estas parecen indicar que la conectividad que proporciona el uso del *smartphone* a las estudiantes de Enfermería les genera una sensación de seguridad, lo que podría estar relacionado con el temor que estas experimentan en determinadas actividades o situaciones sociales donde la batería o la cobertura permite el contacto con terceros. Sin embargo, un reciente y amplio estudio realizado en España con participantes entre 12 y 24 años determinó que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en todas las dimensiones de la nomofobia (León-Mejía et al., 2021), por lo que sería necesario indagar sobre la razón de estas diferencias. Dados los hallazgos en la presente investigación, es necesario tener en cuenta el nivel de nomofobia del alumnado del Grado en Enfermería con la finalidad de reducir la dependencia y prevenir malos usos de dispositivos inteligentes. Asimismo, es prioritario

minimizar el impacto en el rendimiento académico y los problemas de seguridad en el entorno clínico desde el inicio de sus estudios. En este sentido, se torna necesario diseñar políticas que fomenten el uso consciente y responsable del *smartphone* tanto en el área académica como en la sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cho, S., & Lee, U. (2016). Distraction by smartphone use during clinical practice and opinions about smartphone restriction policies: A cross-sectional descriptive study of nursing students. *Nurse Education Today, 40*, 128-133.

Gutierrez-Puertas, L., Márquez-Hernández, V.V., São-Romão-Pretoc, L., Granados-Gámez, G., Gutiérrez-Puertas, V., & Aguilera-Manrique, G. (2019). Comparative study of nomophobia among Spanish and Portuguese nursing students. *Nurse Education in Practice, 34*, 79–84.

Yildirim, C., & Correia, A-P. (2015). Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. *Computers in Human Behavior, 49*, 130–137.

León-Mejía, A., Calvete, E., Patino-Alonso, C., Machimbarrena, J.M. & González-Cabrera, J. (2021). Cuestionario de Nomofobia (NMP-Q): Estructura factorial y puntos de corte de la versión española. *Adicciones, 33* (2), 137-148.

AUTORES/AUTHORS:

S. Mroskova

TÍTULO/TITLE:

Simulation learning of nursing procedures in the pediatric patient

Objectives: Undergraduate nursing education in Slovakia is generally oriented, while the issues of pediatric nursing are limited in both theoretical and practical aspects. In addressing the limitations in this area and in increasing the effectiveness of preparing students for clinical teaching in pediatric wards, it is appropriate to incorporate simulation into clinical training. The aim of the research was to assess the impact of simulation and clinical training on selected parameters in nursing students.

Methods: During the project (KEGA project No. 031PU-4/2021) we conducted an intervention study. Nursing students underwent simulation training in an intermediate classroom (6 days). The learning was focused on training of basic nursing procedures in infants. After the simulation, the students received clinical training in the children's ward - infant section (6 days). Before the simulation (before "S"), after the simulation (after "S") and after the clinical teaching "after "CT"), we assessed the following parameters: stress with a numerical scale (0 = no stress, 10 = maximal stress), the difficulty of providing nursing care to a pediatric patient in 6 domains (0 = no difficulty, 10 = maximal level of difficulty), self-efficacy (range: 1-4, General Self-Efficacy Scale by Schwarzer, 2014). Friedman test and Wilcoxon test were used in data processing.

Results: The research sample consisted of 22 students of 2nd year of study (n-14) and 1st year of study (n-8) with mean age of 20 years (M - 20.54, SD - 1.65, range: 19-25). Before "S" we found 8 correct knowledge answers (M - 8.68, SD - 4.35, range: 3-21), after "S" we found 20 correct answers (M - 19.90, SD - 2.44, range: 16-24). After "CT" we found a total of 22 correct answers (M - 21.90, SD - 2.22, range: 16-24) (chi-square: 37.300, df: 2, p=0.000). Before "S", the perception of the difficulty of providing nursing care to a pediatric patient was 6.36 (SD - 1.51). After "S" the perception of difficulty decreased to a level of 4.21 (SD - 1.47), and after "CT" it decreased to a level of 3.56 (SD - 1.97) (chi-square: 18.317, df: 2, p=0.000). The self-efficacy of students before "S" was at the level of 2.83 (SD - 0.56), after "S" it increased to the level of 3.10 (SD - 0.47) and after "CT" it slightly decreased to the level of 2.92 (SD - 0.63) (chi-square: 6.256, df: 2, p=0.044). Before "S" the stress intensity was at 5.09, after simulation it decreased to 2.71. After the clinical training, the stress intensity of the students was at level 1.50 (chi-square: 17.360, df: 2, p=0.000). We did not find significant differences between students of the 1st and 2nd year of study in the observed parameters before "S", after "S" and after "CT".

Discussion: The results of the intervention pilot study demonstrate the effectiveness of simulation learning as a form of preparing students for clinical training. A longer duration of clinical training in a children's ward could probably lead to further improvements in the parameters studied even after the clinical experience.

Mesa 17: Promoción de la salud
Session 17: Health promotion

AUTORES/AUTHORS:

José Ángel Sánchez Cerezal[1], José Carlos López García[1], Lorena Folgado Temprano[1], Fernando Barroso Rodríguez[1], Vanesa López Mozo[1], Ana María Moralejo Martin[1], Candelas Isidro Marcos[1], Ana Rosa Guerra Castellanos[1], Asier García Gómez[2].

[1]Enfermeros. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora.

[2]Enfermero. Hospital Universitario de Cruces.

Email contacto: jsanchezce@saludcastillayleon.es

TÍTULO/TITLE:

Análisis del hábito tabáquico en estudiantes de enfermería

Palabras clave

Tabaco, hábito tabáquico, tabaquismo, estudiantes de enfermería.

Ante la realidad actual del tabaquismo y la necesidad de implicar a los estudiantes en la implantación de las recomendaciones de la prevención y/o abandono del tabaquismo de la Guía de Buenas Prácticas RNAO®. Se plantea este estudio con el objetivo de describir el hábito tabáquico de los estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora, analizar el consumo en los fumadores e identificar áreas de intervención.

Material y método

Estudio descriptivo observacional mediante un cuestionario ad-hoc. La población de estudio es todos los estudiantes del curso académico 2022-23.

El cuestionario tiene 30 items. Los iniciales son campos comunes a todos los participantes (1- 11), una parte específica para los no fumadores (12-16) y otra para los fumadores (17-30). Los ítems con las opciones de respuesta son los siguientes:

1. ¿Qué curso estás realizando? ;;Primero, segundo, tercero, cuarto
2. Edad: campo numérico
3. Sexo: femenino, masculino
4. ¿Practicas algún deporte ? si/no, especifica

5. ¿Conoces la Ley en nuestro país respecto al tabaco en los centros públicos? Si/no
6. ¿Fuma alguien de tu familia? Si/no
7. ¿Cómo consideras el tabaco ? (multiselección) ; habito, droga, vicio
8. ¿Se debería ampliar los conocimientos sobre el tabaco durante la formación

del personal enfermero? Si, no ,indiferente

9. ¿Has visto a personal sanitario fumando dentro de recinto hospitalario? A veces, frecuentemente, nunca

¿Deberían los enfermeros/as dejar de fumar durante su horario laboral? Sí, no ,indiferente

10. ¿Fumas? Si (pasa a responder preguntas 17) ,No (preguntas del 12 al 16,) NO FUMADORES
11. ¿Has probado alguna vez el tabaco? Si/no
9. ¿ Lo probarias el tabaco ? Si/no
10. ¿Permites que se fume en tu presencia? A veces, frecuentemente, nunca
11. ¿Consideras el tabaco como una forma de adicción? Si/no
12. ¿Te consideras fumador pasivo? Si/no

FUMADORES

13. ¿A qué edad empezaste a fumar ? campo numérico
14. ¿Con qué frecuencia fumas ? en ocasiones, entre semana, fines de semana, todos los días,
15. ¿Has intentado dejar de fumar en el último año? Si/no
16. ¿Cuánto dinero gastas en tabaco a la semana? campo numérico
17. ¿A parte de tabaco fumas otras sustancias? No, si, en caso afirmativo especifica.
18. ¿A parte de tabaco (cigarrillo) utilizas otros sistemas? No, cachimbas o pipas de agua, cigarrillos electrónicos, vapeadores,
19. ¿Consideras el tabaquismo una forma de adicción? Si/no
20. ¿Cómo te consideras?
    - FUMADOR NEGATIVO (fuma en situaciones de nerviosismo)
    - FUMADOR SOCIAL (fuma cuando esta con gente fumadora)
    - FUMADOR HEDONISTA (fuma de forma controlada y disfruta de ello)

- FUMADOR CRÓNICO (fuma sin ser consciente de ello y grandes cantidades)

25. ¿Antes de empezar la universidad ya fumabas? Si/no
21. ¿Has fumado en el recinto de la escuela de enfermería o del hospital alguna vez? Si/no
22. ¿Cuantos cigarrillos fumas al día regularmente?
    - 0 a 3 cigarrillos
    - 4 a 6 cigarrillos
    - 7 a 9 cigarrillos
    - 10 a 13 cigarrillos
    - 14 a 16 cigarrillos
28. ¿Cuando tienes exámenes fuma más? Si/no
29. ¿Cuál es tu Motivación para dejar de fumar? Alta, baja, mediana, ninguna
23. ¿Estarías dispuesto a dejar de fumar?

Validada en 2019 con otra muestra de estudiantes. Se diseñó en formulario Forms® anonimizado para envió del enlace y/o código QR de acceso al cuestionario a todos los estudiantes de los 4 cursos del 15 marzo al 30 abril 2023. Los estudiantes aceptan de forma voluntaria su participación y dan su consentimiento en el momento de realizar el cuestionario.

Resultados

El cuestionario se distribuye a 240 estudiantes. Es respondido por 151 (63%). 38 % de 1ºcurso, 19% de 2º curso, 31% de 3º curso y 12 % de 4º curso.

El 85% son mujeres. Edad: media 21’5 años [18-60] ±5.5, mediana 20. El 53% hacen deporte.

El 67% conoce la Ley antitabaco. El 60% fuma algún familiar. Consideran al tabaco

como una droga el 62%, vicio el 56% y un hábito el 38%.

El 77% consideran necesario ampliar conocimientos de tabaquismo en su formación.

Un 45% ha visto fumar en el recinto hospitalario a veces y 34% frecuentemente.

El 56% refieren que no se debería fumar en el trabajo, al 33% le resulta indiferente.

El 78% no son fumadores. Los no fumadores en el momento del estudio, el 74% lo ha probado alguna vez, el 46% lo probarían. 99% consideran el tabaco una adicción.

El 50% permiten fumar en su presencia frecuentemente. El 45% se consideran fumadores pasivos.

Fumadores: de la muestra recogida el 22% (33) son fumadores.

La edad de inicio media 15,8 ±2,3 [9-19] ±2.3.

El 51% fuman todos los días, 30% fines de semana.

El 58% no practica ningún deporte.

En el 82% fuma algún familiar.

El 64% no han intentado dejar de fumar.

A la semana tienen un gasto medio 8.3 euros ±6.5 (1.9-25).

El 5% reconoce fumar otras sustancias.

A parte del tabaco el 7% utiliza cigarrillo electrónico, 17% vapeadores, 7% cachimbas.

El 97% lo consideran una adicción. El 53% se consideran fumador hedonista y el 32% fumador social.

El 87% fumaba antes de la universidad.

El 58% reconoce fumar en lugares prohibidos.

El 29% de 0 a 3 cigarros al día, 14% de 4 a 6 al día.

El 55% fuman más con los exámenes, el 51% tiene motivación media, 9% alta para dejar de fumar.

El 1º curso tiene 26% fumadores de los cuales el 67% no hace deporte y el 87% fuma algún familiar, superando a la media de la muestra.

Conclusiones

El tabaquismo es una realidad en la Escuela de Enfermería. En este entorno hay que hacer cumplir la Ley y a nivel hospitalario donde realizan las practicas clínicas.

Ante los resultados obtenidos está justificada una intervención entre los estudiantes fumadores para abandonar el hábito tabáquico en el curso de 1º en especial.

Hay que ampliar la formación en los estudiantes en autocuidados, capacitarlos para intervenir en el tabaquismo como impulsores de buenas prácticas y fomentar hábitos saludables en toda la población estudiantil.

Formarlos, darles un papel activo, incluirlos en las actividades, impulsará la implantación de las recomendaciones de la guía de intervención en el abandono habito tabáquico mejorando los resultados de salud en la población.

Es preciso realizar prevención en el colegio dada la edad de inicio al hábito y en el ámbito familiar por su influencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

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).

Castaño-CastrillónJ, Páez M. L, Hernán Pinzón J, Rojo BustamanteE, Sánchez-CastrillónG. A, Torres RíosJ M, ValenciaGómezM .A, García MontoyaD, Gallego Giraldo C.A. Estudio descriptivo sobre tabaquismo en la comunidad estudiantil de la universidad de Manizales. Revista de la facultad de medicina [Internet] 2008 [acceso 22 Feb. 2023]; 56 (4). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci arttext&pid=S0120-00112008000400003

Heras Tébar A, García Sanchón C, Hernández López MC, Ballestín N, Nebot M. Tabaquismo en los estudiantes de enfermería de Cataluña: hábito, actitudes y conocimientos. Gaceta Sanitaria [Internet]. 1 de enero de 1997 [acceso 1 Abr. 2023];11(6):267-73. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911197713062

Otros aspectos del trabajo:

"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".

No procede la aprobación del Comité de Ética clínica correspondiente. 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.

AUTORES/AUTHORS:

Lucia Vilanova-Trillo[1,2], Alba-Elena Martínez-Santos[2], Alexandra Pérez-Mariño[1,2], Adriana Varela Buceta[1,2], Laura Castro Otero[1,2], Marcos Oro-Ayude[1,2], Laura Salgado-Boquete[1,2], Ángeles Flórez[1,2].

(1)Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, SERGAS, Pontevedra [España]
(2)Grupo de Investigación DIPO, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO.

TÍTULO/TITLE:

Percepción de los pacientes con hidradenitis supurativa de Galicia sobre los cuidados y las necesidades de información

Palabras clave

Hidradenitis supurativa; Cuidados; Enfermería; Atención Primaria; Calidad de Vida; Educación para la salud

Objetivos

Los objetivos de este estudio son (1) describir la percepción de los pacientes con Hidradenitis Supurativa (HS) sobre los cuidados de enfermería recibidos en Atención Primaria (AP) en Galicia y (2) analizar si existen diferencias en las necesidades de información en función del sexo y evolución de la enfermedad.

Métodos

Se realizó un estudio multicéntrico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes diagnosticados de HS en una de las 7 Áreas Sanitarias de Galicia y que hubieran realizado al menos una consulta de seguimiento en AP en el año previo. La recogida de datos se realizó en 2021-2022 mediante un cuestionario *ad hoc* diseñado por un grupo multidisciplinar de expertos en dermatología en base a las últimas recomendaciones y evidencias sobre HS. Se emplearon estadísticos descriptivos para definir la muestra y se realizaron análisis no paramétricos tras rechazar el supuesto de normalidad.

Resultados

El perfil de los participantes (n= 57) fue el de una mujer (70,2%) con una edad media de 36,6 años (± 11,8). El 94,4% manifestó que la HS afecta a su vida diaria, impactando gravemente al 19,3%.

A pesar de que el 100% consideró que es útil recibir información sobre HS, solo el 26,3% la había recibido de su enfermera de AP. Así, el 17,5% afirmó recibir recomendaciones sobre hábitos de higiene y un 19,3% sobre hábitos de vida.

El 36,8% refirió falta de confianza en la enfermera de AP en el manejo tópico de la HS, principalmente por desconocimiento de la enfermedad y aparición de secuelas en lesiones no abordadas adecuadamente. Además, el 35,1% indicó falta de empatía por parte de éstas con respecto a su enfermedad, considerando a pesar de ello que las enfermeras de AP deberían jugar un papel relevante en el cuidado de la HS y comunicación entre profesionales (73,7%).

No se hallaron diferencias significativas en las necesidades de información en función de los años de evolución de la patología, no siendo así en base al sexo, donde los hombres destacan la falta de información relevante sobre la HS (p=0,006), concretamente sobre la carga psicológica y nuevos tratamientos (p=0,001).

Discusión

Este estudio, pionero en conocer las percepciones y necesidades sobre los cuidados en la HS, pone de manifiesto que los pacientes consideran que las enfermeras de AP desconocen las principales recomendaciones e implicaciones a nivel de cuidados y educación para la salud (EpS) relativa a su enfermedad. Esto se encuentra en línea con resultados recientes que indican que los conocimientos entre las enfermeras de AP son mejorables, lo que podría conllevar un mal abordaje de los síntomas típicos que impactan en diversas esferas de calidad de vida de los pacientes.

Se ha observado que los hombres fueron los que manifestaron en mayor medida la falta de información. Esto se podría deber a que la HS tiene una prevalencia mayor en mujeres, existiendo diferencias en la manifestación de la enfermedad en base al sexo. Esto nos lleva a la necesidad de individualizar la EpS.

Esta falta de seguimiento de las últimas evidencias sugiere la necesidad de implementar formaciones específicas sobre HS con la finalidad de dotar de competencias a las enfermeras de AP, que frecuentemente participan en los cuidados de esta patología desconocida e infradiagnosticada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Goldburg, S. R., Strober, B. E., & Payette, M. J. (2020). Hidradenitis suppurativa: Epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *82*(5), 1045 1058. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.08.090
2. Zouboulis, C. C., Desai, N., Emtestam, L., Hunger, R. E., Ioannides, D., Juhász, I., Lapins, J., Matusiak, L., Prens, E. P., Revuz, J., Schneider-Burrus, S., Szepietowski, J. C., van der Zee, H. H., & Jemec, G. B. (2015). European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, *29*(4), 619 644. https://doi.org/10.1111/jdv.12966
3. Hunger, R. E., Laffitte, E., Läuchli, S., Mainetti, C., Mühlstädt, M., Schiller, P., Lapointe, A. K., Meschberger, P., & Navarini, A. A. (2017). Swiss Practice Recommendations for the Management of Hidradenitis Suppurativa/Acne Inversa. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, *233*(2-3), 113 119. https://doi.org/10.1159/000477459
4. Gulliver, W., Zouboulis, C. C., Prens, E., Jemec, G. B., & Tzellos, T. (2016). Evidence-based approach to the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa, based on the European guidelines for hidradenitis suppurativa. *Reviews in endocrine & metabolic disorders*, *17*(3), 343 351. https://doi.org/10.1007/s11154-016-9328-5

5. Zouboulis, C. C., Bechara, F. G., Dickinson-Blok, J. L., Gulliver, W., Horváth, B., Hughes, R., Kimball, A. B., Kirby, B., Martorell, A., Podda, M., Prens, E. P., Ring, H. C., Tzellos, T., van der Zee, H. H., van Straalen, K. R., Vossen, A. R. J. V., & Jemec, G. B. E. (2019). Hidradenitis suppurativa/acne inversa: a practical framework for treatment optimization - systematic review and recommendations from the HS ALLIANCE working group. *Journal of the European*

Academy of Dermatology and Venereology: JEADV, *33*(1), 19 31. https://doi.org/10.1111/jdv.15233

6. Chernyshov, P. V., Finlay, A. Y., Tomas-Aragones, L., Poot, F., Sampogna, F., Marron, S. E., Zemskov, S. V., Abeni, D., Tzellos, T., Szepietowski, J. C., & Zouboulis, C. C. (2021). Quality of life in Hidradenitis Suppurativa: An Update. *International journal of environmental research and public health*, *18*(11), 6131. https://doi.org/10.3390/ijerph18116131

Otros aspectos relevantes:

Comité de ética: Este estudio ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Pontevedra-Vigo-Ourense (código de registro: 2020/335). Se ha realizado el procedimiento de consentimiento informado con todos los participantes en el estudio, obteniéndose el documento de consentimiento informado antes de su inclusión en el mismo.

Conflicto de intereses: Los autores no tienen conflictos de interés que puedan influir en el desarrollo y/o resultados de este estudio.

Inteligencia artificial (IA): Los autores no han utilizado IA generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

AUTORES/AUTHORS:

Isabel Barroso[1], Stéfanie Carrulo[2]; Patrícia Pires[3]; Bruno Magalhães[4]; Conceição Rainho[5]

[1]Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal, https://orcid.org/0000-0001-5112-6015 [2]UCSP Moimenta da Beira, ACES Douro II- Douro Sul, https://orcid.org/0009-0005-5136-1599 [3]Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal, https://orcid.org/ 0000-0003-1539-6936 [4]Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal, https://orcid.org/0000-0001-6049-8646 [5]Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal, https://orcid.org/0000-0002-3162-2086

TÍTULO/TITLE:

Perceção dos profissionais de saúde sobre prevenção de violencia no seu ambiente de trabalho

Palavras Chave

Profissionais de saúde, Violência, Prevenção.

Objetivos

No sentido de aprofundar o conhecimento sobre a violência em ambiente laboral, foi desenvolvido um estudo com objetivo de caracterizar a perceção dos Profissionais de Saúde sobre a prevenção da violência em ambiente de trabalho.

Método

Foi realizado um estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, num Agrupamento de Centros de Saúde da região norte de Portugal. A amostra não probabilística integrou 66 profissionais de saúde, 27 (40,9%) enfermeiros, 15 (22,7%) médicos, 12 (18,7%) assistentes técnicos e 10 (15,2%) técnicos superiores. A maioria dos participantes pertencia ao género feminino 45 (68,2%), com uma média de idades de 45,65 (dp = 12,02) anos. A amostra resultou da aplicação dos seguintes critérios de exclusão: *i)* Profissionais de Saúde que não aceitaram participar; *ii)* Profissionais de Saúde ausentes do serviço por férias ou baixa médica.

Foi elaborado e aplicado um questionário, tendo por base as orientaç6es do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS), com o objetivo de promover um ambiente organizacional mais seguro. O questionário integrava quest6es sociodemográficas, profissionais e uma lista de verificação sobre prevenção de violência contra os trabalhadores da saúde.

Para a análise da informação recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas, foram calculadas medidas de tendência central e de dispersão. O estudo obteve parecer favorável de uma comissão de ética.

Resultados

Os resultados evidenciaram que 40 (60,6%) profissionais de saúde classificaram o ambiente físico de trabalho como positivo. No entanto, 53 (80,3%) mencionaram a existência no seu ambiente de trabalho de materiais, equipamentos e mobiliário que podem ser utilizados pelos utentes como instrumentos de agressão. De salientar que 46 (69,7%) dos profissionais de saúde consideraram as condições de segurança inadequadas. A maioria (77,3%) dos participantes afirmaram que não existe formação para adoção de estratégias não violentas de reação e resolução de conflitos, e 57 (86,4%) que não são divulgadas informações sobre boas práticas. Em relação às estratégias para minimizar os danos, 52 (78,8%) profissionais de saúde afirmaram que as vítimas ou testemunhas de atos de violência não ficaram sozinhas após a agressão. Por outro lado, 43 (65,2%) participantes consideram que as vítimas não receberam apoio psicológico após a agressão e 37 (56,1%) referiram falta de apoio para realizar os procedimentos administrativos e legais. Quando questionados se foram vítimas de algum incidente, 18 (27,3%) participantes responderam afirmativamente. Por sua vez, 25 (37,9%) presenciaram algum incidente de violência contra profissionais de saúde. Destes, 75,8% presenciou violência verbal, seguida de assédio moral (6,1%). De destacar que 88,9% dos participantes que sofreram algum tipo de violência, não notificaram o episódio.

Discussão

A violência é considerada um dos mais graves problemas que pode ocorrer no local de trabalho e acontece sob a forma de ameaça, de violência física, assédio, intimidação ou outros comportamentos perturbadores e ameaçadores, como abusos verbais e agressões físicas (OHSA, 2016). Quando é perpetrada contra os Profissionais de Saúde e no exercício de funções, é considerada uma disfunção grave do sistema e crime público (DGS, 2020).

O relatório Press Ganey realizado em 2022, mostra que no segundo trimestre de 2022, mais de dois enfermeiros foram agredidos por hora, o equivalente a 5.217 agressões em 3 meses. Estimativas internacionais destacam que a cada segundo, profissionais de saúde em todo o mundo são afetados pela violência na sua vida profissional e 38% sofrem violência física em algum momento da sua vida profissional. A violência no local de trabalho interfere de forma relevante na saúde e na produtividade dos profissionais. Segundo o International Labour Organization (2020) a violência no local de trabalho constitui uma ameaça à saúde e segurança dos trabalhadores e afeta a produtividade e eficácia organizacionais, recomendando que os estados assumam a responsabilidade de promover um ambiente de tolerância zero à violência e ao assédio em contexto laboral. Os resultados do presente estudo mostram que os enfermeiros percecionam que o seu ambiente de trabalho não apresenta as condições de segurança adequadas e que existem materiais e equipamentos que podem ser utilizados pelos utentes como instrumentos de agressão contra os profissionais de saúde. Destacam que as vítimas não receberam apoio psicológico após a agressão, o que aponta para a necessidade de mudanças ao nivel organizacional. Barros et al. (2022) argumentam que o contexto de trabalho dos profissionais de saúde, devido à sua complexidade e especificidade, potencia situações de conflito interpessoal, intergrupal e organizacional. Bordignon & Monteiro (2016), afirmam que os Profissionais de Saúde estão expostos a violência no local de trabalho por lidarem com pessoas que estão a viver um momento de extrema fragilidade. A vulnerabilidade

associada à doença e sofrimento pode provocar nos utentes e cuidadores comportamentos exasperados e agressivos. Se não é possível impedir a violência, devem ser garantidas as melhores condições laborais e disponibilizadas condições de apoio ao profissional de saúde vítima de violência, minimizando os efeitos da situação e prevenindo o sofrimento do trabalhador (Lima & Sousa, 2015).

No presente estudo 18 (27,3%) dos participantes responderam afirmativamente quando questionados se foram vítimas de algum incidente e 25 (37,9%) presenciaram algum incidente relacionado com violência contra os profissionais de saúde. Por sua vez, Khan et al., (2021) situou em 51% a prevalência de violência sofrida e ou testemunhada por profissionais de saúde. Os mesmos autores consideram que a violência contra profissionais de saúde é frequente, constitui motivo de preocupação para as instituições e organizações de saúde e tornou-se um grave problema de saúde pública pela elevada prevalência. Também, Kuhlmann et al. (2023) defendem que a violência contra os profissionais de saúde transformou-se numa questão de saúde pública e um problema político, que não é priorizado nos planos europeus e nacionais de recuperação da pandemia e nos debates sobre a resiliência dos sistemas de saúde.

É preocupante a baixa taxa de denúncia por parte dos profissionais de saúde que são vítimas de violência no local de trabalho, o que não contribui para a tomada de decisão organizacional, de modo a prevenir futuras situações de violência contra os profissionais de saúde (Shahjalal et al., 2021).

Dos resultados do estudo, sublinha-se que 88,9% dos participantes que sofreram algum tipo de violência não notificaram o episódio, logo é necessário sensibilizar os profissionais de saúde para reportarem de imediato os episódios de violência e comunicar por escrito a situação ao superior hierárquico. De facto, é preciso sensibilizar os profissionais de saúde para a importância de abordar adequadamente os episódios de violência quando eles acontecem, de forma a mitigar as suas consequências, responsabilizando e reabilitando os agressores e apoiando os profissionais na sua recuperação.

Os profissionais de saúde devem conhecer os procedimentos a adotar em caso de violência laboral, pois os participantes do estudo desconheciam a quem reportar a situação de violência, e apontaram este como o principal motivo para a sua não notificação. Por outro lado, a maioria das vítimas não tomou nenhuma medida para investigar os incidentes, sendo que 36,6% dos participantes não tinham ideia das consequências para os perpetradores. No entanto, desde 2007, a Direção-Geral da Saúde, Portugal, tem implementado um sistema de notificação online, de cariz voluntário e anónimo, de forma a monitorizar os episódios de violência contra profissionais de saúde. O estudo permitiu identificar implicações para a prática clínica, nomeadamente: a existência de violência contra os profissionais de saúde, o que exige uma melhor preparação dos profissionais de saúde para a prevenção deste fenómeno ao nível da educação e formação formal; preparação contra a violência, dotando os profissionais de competências ao nível das estratégias de comunicação no sentido de controlar situações de violência; adoção de estratégias de coping que promovam a saúde mental e o bem-estar dos profissionais; formação sobre os procedimentos e as condições de segurança do seu local de trabalho, tendo em conta as especificidades dos serviços; implementação de sistemas de

monitorização, notificação e divulgação dos resultados, de modo a permitir melhorar as evidências resultantes da investigação; envolver a comunidade, a comunicação social e as autoridades para a adoção de medidas de prevenção e controlo da violência.

Atuar a nível da prevenção é essencial para cocriar ambientes ocupacionais salutogénicos e seguros, por forma a possibilitar a prestação de cuidados de elevada qualidade.

BBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Barros,C., Sani,A. & Meneses, F. (2022).Violência contra profissionais de saúde: Dos discursos às práticas», Configurações, 30. http://journals.openedition.org/configuracoes/15742; DOI: https://doi.org/10.4000/configuracoes.15742

Bordignon, M., & Monteiro, M. I. (2016). Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. Revista Brasileira de Enfermagem, 69(5), 996–999. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-013.

Direção-Geral da Saúde. (2020). Programa Nacional prevenção da violência no ciclo da vida. Plano de ação para a prevenção da violência no setor da saúde. Direção-Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2020/02/DGS_Plano_AP_Violencia_S _Saude_2020-02-29-FINAL.pdf

International Labour Organization, (2020). Safe and Healthy Working Environments Free from Violence and Harassment. Genebra. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms 751832.pdf

Khan, M.N., Haq, Z.U., Khan, M., Wali, S., Baddia, F., Rasul , S., Khan, S., Polkowski, M., & Ramirez-Mendoza, J. (2021). Prevalence and Determinants of Violence against Health Care in the Metropolitan City of Peshawar: a Cross Sectional Study. *BMC Public Health*, 21(1):330. doi:10.1186/s12889-021-10243-8

Kuhlmann,E.; Brînzac,M.; Czabanowska,K.; Falkenbach,M.; Ungureanu,M. Zapata,G.; Martin-Moreno, J. (2023). A violência contra os profissionais de saúde é um problema político e uma questão de saúde pública: um apelo à acção. *Europeu Journal of Public Health* , Volume 33, Edição 1, fevereiro de 2023, p.4–5.

Lima, G.H.A. & Sousa, S.M.A. (2015). Violência psicológica no trabalho da enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, 68(5), 535-541

Lim MC, Jeffree MS, Saupin SS, Giloi N, Lukman KA (2022). Workplace violence in healthcare settings: The risk factors, implications and collaborative preventive measures. Ann Med Surg (Lond). 13;78:103727. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103727.

Lu, L, Dong, M, Wang, S-B, Zhang, L, Ng, CH, Ungvari, GS, et al. Prevalence of Workplace Violence against Health-Care Professionals in China: A Comprehensive Meta-Analysis of Observational Surveys. *Trauma, Violence, & Abuse* (2020) 21(3):498–509. doi:10.1177/1524838018774429

Mento, C., Silvestri, M., Bruno, A., Muscatello, M., Cedro, C., Pandolfo, G., Zoccali, R. (2022). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. Aggression and Violent Behavior, 51, https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381

OSHA (2016). Guidelines for Preventing workplace Violence for Healthacre and Social Service Workers. U.S. Department of Labor, San Francisco: OSHA.

Shahjalal M, Gow J, Alam MM, Ahmed T, Chakma SK, Mohsin FM, Hawlader MDH e Mahumud RA (2021). Violência no local de trabalho entre profissionais de saúde em instalações de saúde públicas e privadas em Bangladesh. *Int J Saúde Pública*, 66:1604396. https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604396

AUTORES/AUTHORS:

Lydia García Freile (1). José María Sánchez Arias (1). Celia Merino Fernández (2). Cristina Lara Cordovilla (1). M. Soraya Remiro Mosquera (1). María Jesús Sanz Domingo (1). Silvia Muñoz Sánchez (3). Mirian Rodríguez Calleja (1). Teodora Encinas Martín (1).

(1) Enfermera Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este. Salud Castilla y león.

(2) EIR Familiar y Comunitaria Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este. Salud Castilla y león.

(3) Enfermera Hospital clínico Universitario de Valladolid. Salud Castilla y León.

TÍTULO/TITLE

Efecto del ejercicio físico de caminar en el esfuerzo percibido y signos vitales de adultos en intervención comunitaria

Palabras clave

caminar, promoción de salud, intervención comunitaria, ejercicio físico, atención primaria

Objetivos

Evaluar los efectos del ejercicio físico sobre el esfuerzo percibido y los signos vitales de adultos desde la atención primaria.

Comparar los parámetros fisiológicos de los participantes antes y después del paseo.

Método

Intervención comunitaria que se basa en realizar caminatas saludables semanales, con un recorrido de 5 km y parten del centro de salud Pilarica – Circular.

Estudio descriptivo y de corte transversal, con un único grupo experimental y con tres momentos antes, durante y después. Se selecciono la muestra entre los participantes de las caminatas, mediante un muestreo no probabilístico e intencionado, se incluyeron adultos entre 55 y 78 años y se excluyeron personas con recomendación médica de no practicar ejercicio físico. Se midieron las variables cuantitativas: edad y antes y después del paseo: presión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), frecuencia cardiaca (FC), glucemia capilar (GC) y saturación de oxígeno (SatO2),. Cualitativas: sexo, enfermedades crónicas y escala de Esfuerzo Percibido de Borg. Además, se midieron FC y SatO2 mientras caminaban, justo antes de finalizar el paseo de 5 km, y se les aplicó la escala Borg. Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Se utilizó la prueba Wilcoxon para comparar las medidas antes y después de la caminata con el software IBM SPSS-V26. El nivel de significancia fue del 95%.

Resultados

Participaron 25 personas, con edad media 69,08 años, mujeres (76%), padecían enfermedades crónicas (88%). La FC promedio de antes es 78,4 p/m, durante el esfuerzo 92 y después 77,96. Con relación a la escala Borg, el (56%) percibían bastante suave el ejercicio físico. Se observó diferencia significativa de la TAS antes y después p=0,009 con disminución de la media de 133,44 a 127,4 mm Hg. También, se encontró diferencia significativa de la GC antes y después p=0,000, con disminución de la media de 118,6 a 104,32 mg/dl. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en TAD antes 80,2 y después 80,6 (p=0,939); FC antes 78,4 y después 77,9 (p=0,670); SatO2 antes 97,3 y después 97,2 (p=0,732). Con la correlación de Spearman, se encontró una relación moderada y significativa entre la escala de Borg y FC (rs = 0,512, p<0,05). Por el contrario, no existió relación entre la escala de Borg y SatO2 durante el paseo (rs = 0,200, p>0,05).

Discusión

Estos resultados sugieren que una caminata puede tener efectos beneficiosos sobre la TAS y la GC en personas con enfermedades crónicas, sin afectar negativamente a la FC, SatO2 y TAD. El esfuerzo percibido fue bastante suave y bien tolerado. Existe una relación significativa y directa entre la escala de Borg y la frecuencia cardiaca de esfuerzo, a mayor sensación de esfuerzo durante el paseo mayor es la FC de esfuerzo. Esto concuerdan con la literatura existente sobre los beneficios del ejercicio físico y sugiere que el ejercicio moderado puede mejorar la salud cardiovascular y metabólica en esta población. Sin embargo, no se produjo mejora en la TAD. Por tanto, se necesitan nuevos planes de ejercicios o alimentación saludable, que podrían diseñarse desde el ámbito de la enfermería de AP. Sería conveniente analizar este fenómeno en muestras más representativas de la población, así como investigaciones cualitativas para determinar aspectos emocionales y sociales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY

1. Aparicio García-Molina, V., Carbonell Baeza, A., & Delgado Fernández, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, 10(40), 556-576. Recuperado de http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm
2. Richardson, CR, Newton, TL, Abraham, JJ, Sen, A., Jimbo, M. y Swartz, AM (2008). Un metanálisis de intervenciones para caminar basadas en podómetros y pérdida de peso. Anales de medicina familiar, 6(1), 69-77. doi:10.1370/afm.761
3. Smith, PJ, Blumenthal, JA, Hoffman, BM, Cooper, H., Strauman, TA, Welsh-Bohmer, K., et al. (2010). Ejercicio aeróbico y rendimiento neurocognitivo: una revisión metaanalítica de ensayos controlados aleatorios. Medicina Psicosomática, 72(3), 239-252. doi:10.1097/PSY.0b013e3181d14633

4. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. (2016). IV Plan de Salud Castilla y León. Perspectiva 2020. Recuperado de https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plansalud-castilla-leon.ficheros/706616-IV%20plan%20de%20salud%20.pdf

5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Instituto Nacional de Estadística. (2013). Encuesta Nacional de Salud 2011 – 2012. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta 2011.htm

6. Orrow, G., Kinmonth, AL, Sanderson, S. y Sutton, S. (2012). Eficacia de la promoción de la actividad física basada en la atención primaria: revisión sistemática y metanálisis de ensayos controlados aleatorios. BMJ, 344, 1389. Recuperado de http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1389

7. Morales, JMM (2004). La percepción subjetiva del esfuerzo como parte de la evaluación de la intensidad del entrenamiento. EF conferencias y deportes, 10(73), 1-7. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=867213

8. Burkhalter, N. (1996). Evaluación de la escala de Borg de esfuerzo percibido aplicada a la rehabilitación cardíaca. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 4(3), 65-73. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci arttext&pid=S0104-11691996000300006

9. Guthold, R., Stevens, GA, Riley, LM y Bull, FC (2018). Tendencias mundiales de actividad física insuficiente de 2001 a 2016: un análisis combinado de 358 encuestas poblacionales con 1,9 millones de participantes. The Lancet Global Health, 6(10), 1077-1086. doi:10.1016/S2214-109X(18)30357-7

10. Ambroa de Frutos, G. (2016). Impacto del sedentarismo sobre la practica de actividad fisica y la salud. Análisis de la situación en España. Revista Española de Educación Física y Deportes, 412, 33-44. Recuperado de https://abacus.universidadeuropea.es/bitstream/handle/11268/6056/173-666-1-PB.pdf?sequence=2&isAllowed=y

11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el SNS. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/ docs/Consejo Integral EstiloVida en AtencionPrimaria.pdf

12. Hamer, M. y Chida, Y. (2008). Caminar y prevención primaria: un metanálisis de estudios de cohortes prospectivos. Revista británica de medicina deportiva, 42(4), 238-243. doi:10.1136/bjsm.2007.039974

13. Hanson, S. y Jones, A. (2015). ¿Existe evidencia de que los grupos de caminatas tienen beneficios para la salud? Una revisión sistemática y metanálisis. Revista británica de medicina deportiva, 49(11), 710-715. doi:10.1136/bjsports-2014-094157

14. Murtagh, EM, Murphy, MH y Boone-Heinonen, J. (2010). Caminar: Los primeros pasos en la prevención de enfermedades cardiovasculares. Opinión actual en cardiología, 25(5), 490-496. doi:10.1097/HCO.0b013e32833ce972

15. Lamb, SE, Bartlett, HP, Ashley, A. y Bird, WJ (2002). ¿Pueden los programas de caminata dirigidos por laicos aumentar la actividad física en adultos de mediana edad? Un ensayo controlado aleatorio. Revista de Epidemiología y Salud Comunitaria, 56(4), 246-252. doi:10.1136/jech.56.4.246

16. Kassavou, A., Turner, A. y French, DP (2013). ¿Las intervenciones para promover la caminata en grupo aumentan la actividad física? Un meta-análisis. Revista internacional de nutrición conductual y actividad física, 10(1), 18. doi:10.1186/1479-5868-10-18

Otras consideraciones

Estudio aceptado y aprobado por el CEIm Área de Salud Valladolid Este. Los participantes firmaron el consentimiento informado tras entregarles la hoja de información sobre el proyecto donde se expone tanto el objetivo de estudio como la finalidad de la recogida de datos. Los autores no tienen conflicto de intereses. Se ha utilizado inteligencia artificial generativa asistida por IA en el proceso de redacción.

AUTORES/AUTHORS:

Beobide Conde, Mónica [1]; Borrego González, Carlos J.[2]; González Carmona, José 1.[3]; Montiel Carbajo, Paz[4]; Belda Asensio, Alicia[5]; Martín Andrés, Laura[6].

[1]Enfermera especialista en Enfermería del Trabajo, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Universitario la Paz, Madrid, España. Profesora asociada, Grado en Enfermería, Centro Universitario San Rafael — Nebrija, Madrid, España. monica.beobide@salud.madrid.org; mbeobide@nebriía.es. https://orcid.org/0009-0004-8860-530X

[2]Enfermero especialista en Enfermería del Trabajo, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Universitario la Paz, Madrid, España. carlosiose.borrego@salud.madrid.org. https://orcid.org/0009-0008-8702-0843

'Enfermero especialista en Enfermería del Trabajo, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Universitario la Paz, Madrid, España. Enfermero, Servicio Hematología, Hospital HLA Universitario Moncloa, Madrid, España. kionzalezcarmona@salud.madrid.org; icinacio.cionzalez@grupohla.com. https://orcid.org/0009-0006-7611-2449

'Enfermera especialista en Enfermería del Trabajo, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Universitario la Paz, Madrid, España. paz.montiel@salud.madrid.org. https://orcid.org/0009-0004-8210-7019

'Residente Enfermería del Trabajo, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Universitario la Paz, Madrid. alicia.belda@salud.madrid.org. http://orcid.org/0009-0009-2059-7266

'Residente Enfermería del Trabajo, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Universitario la Paz, Madrid. Imandres@salud.madrid.org. https://orcid.org/0009-0001-4580 3208

TÍTULO/TITLE:

Impacto de la pandemia COVID19 en la notificación de accidentes biológicos en el área norte de la Comunidad de Madrid

Palabras clave

accidente de trabajo, riesgo biológico, exposición profesional, personal de salud, Salud laboral, riesgo a la Salud.

Objetivo

Describir la tipología y evolución de las notificaciones de exposiciones accidentales a material biológico (EAMB) pre y post pandemia en profesionales sanitarios de los centros de atención especializada (AE) y atención primaria (AP) del área norte de la Comunidad de Madrid durante el periodo 2018-2022.

Métodos

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Los sujetos de estudio fueron las notificaciones al Servicio de Prevención de Riesgos laborales (SPRL) del Hospital La Paz realizadas por profesionales sanitarios de los centros de AE y AP del área norte de la Comunidad de Madrid. Las variables de estudio fueron: año/mes del accidente, categoría profesional que notifica, situación laboral (temporal/eventual; interino; fijo; estudiante),

turno de trabajo (mañanas; tardes; mañanas-tardes-con noches; guardias; otros), años de antigüedad del profesional, antigüedad en el puesto, área de trabajo, lugar de accidente, tipo de exposición, grado de lesión y objeto del accidente. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables en función de su naturaleza estadística.

Resultados: El total de notificaciones en los 5 años de estudio fueron 1572, de las que el 88,87% (1397) fueron en AE y un 11,13% (175) en AP. El año en el que menos notificaciones hubo fue 2020 con 257, registrándose únicamente 15 en el mes de abril, siendo el mes en el que menos notificaciones se realizaron en los 5 años de análisis. Enfermería es, a lo largo de los años, la categoría profesional que más EAMB notificó, suponiendo un 47,96% (754) del total. Su distribución en AE fue del 45,17% (631), llegando al 70,29% (123) de las notificaciones por categoría profesional en AP. El 71,95% [1131] de las EAMB notificadas fue de personal con contratos temporales (temporal/eventual 48,60% [764] y 23,35% [367] interinos). El 33,91% (533) de las notificaciones fueron hechas por trabajadores con contratos en turno mañana/noche o tarde/noche, seguidos de contratos en turno de mañana (29,39% [462]) y el 38,79% (571) tenían una antigüedad profesional inferior a 5 años, siendo la antigüedad en el puesto de trabajo donde ocurrió el accidente inferior a 5 años en el 68,20% (1004) de las notificaciones. En AP el área de trabajo en que más EAMB han sucedido han sido las consultas de enfermería (75,44% [132]), mientras que en AE han sido en Traumatología y Cirugía Ortopédica y Obstetricia y Ginecología. El porcentaje más alto suceden en quirófano (36,01% [566]), seguido de la habitación del paciente (18,45% [290]), manteniéndose estos porcentajes en los años estudiados. La punción es la exposición más frecuente, en la comparativa anual y en la acumulada, superando el 77% (1221) de las notificaciones. Un 45,45% (716) de las lesiones fue catalogada por los accidentados como superficial, lo que supone un 52,49% de las lesiones percutáneas. En las exposiciones a salpicaduras, los accidentados consideraran que la cantidad era pequeña (pocas gotas), en el 83,41% (171) de las notificaciones. Las agujas huecas son el objeto de accidente más frecuente en las notificaciones (58,06% [781]), seguido de las agujas de sutura (17,67% [248]). Dentro de las agujas huecas, un 47% (391) son de pequeño calibre y un 44% (360) lo son de mediano calibre.

Discusión: con este trabajo se ha analizado la evolución de las notificaciones de EAMB en profesionales sanitarios, durante el periodo 2018-2022, en el área norte sanitaria de la Comunidad de Madrid.
El SPRL del Hospital La Paz, se encarga de las notificaciones de los hospitales y centros de especialidades que dependen de él, así como de las notificaciones de la Dirección Asistencial Norte de la Comunidad (Hospital Universitario La Paz [HULP], Comunidad de Madrid, 2020).

La notificación en AE siempre es superior a la notificación en AP, ya que la población trabajadora en AE es muy superior a la de AP. El portal estadístico de personal del Servicio Madrileño de Salud, no facilita datos del personal correspondiente al área norte de atención primaria, pero se puede ver que el número de trabajadores de la Gerencia de Atención Primaria a diciembre de 2022 era de 13808, mientras que la población trabajadora dependiente del Hospital Universitario la Paz asciende a 7188 (Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, s.f.).

Los resultados de esta comparativa están alineados con los publicados por la Comunidad de Madrid en 2019, si bien destaca la disminución del número de notificaciones en 2020 (28-30% inferior), volviendo a subir en los años posteriores, a pesar de que la carga y los ritmos de trabajo, en el sector sanitario, durante las primeras olas de la pandemia COVID 19 fueron muy elevados (Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, 2019). Esto pudiera deberse a la disminución de cirugías y cambios en los procedimientos al tratar a los pacientes. La mayor parte de los ingresados, durante más de dos meses, estaban diagnosticados de COVID 19. También pudo influir el cambio de actividades del SPRL, donde los profesionales de Enfermería del Trabajo, que son quienes se hacen cargo del registro y seguimiento de los accidentes biológicos, impartieron más de 200 cursos presenciales en prevención y protección de los trabajadores frente a SARS-CoV-2, lo que hizo que estuvieran menos disponibles para la notificación de los mismos (HULP, Comunidad de Madrid, 2020).

Las especialidades quirúrgicas son las que más accidentes sufren en AE, ocurriendo más de un tercio en quirófano, siendo Traumatología y Cirugía Ortopédica y Obstetricia y Ginecología las que más han notificado. Este dato difiere del informe de la Comunidad de Madrid de 2019, donde Cirugía General y Digestiva fue la que más notificó en ese año (Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, 2019). A lo largo de las diferentes olas de la pandemia, los quirófanos tuvieron que suspenderse o disminuir su actividad por la presión asistencial de otras áreas que no dejaban disponibilidad de camas para los mismos. Esto se refleja en los accidentes en quirófano durante 2020 y 2021 en los que disminuyó en casi un 35% la notificación.

Durante el periodo de estudio, se mantiene Enfermería como la categoría profesional que más EAMB notifica, llegando casi a suponer la mitad de las mismas (47,96%), cifras superiores a las del informe de 2019 donde eran del 39,30% (Dirección General de Salud Pública, Consejería deSanidad, Comunidad de Madrid, 2019). Si analizamos el dato de AP llega al 70%. No se encuentran causas directas a que la siniestralidad en este colectivo sea superior al colectivo médico, por lo que habría que plantearse si hubiera una infranotificación por parte de los facultativos, ya que tienen acceso a la solicitud de determinaciones analíticas de forma independiente y los profesionales de enfermería no.

Se confirma que la falta de experiencia es un factor de riesgo a la hora de sufrir una EAMB, ya que los contratos temporales/eventuales suponen casi la mitad de las notificaciones y si analizamos la antigüedad en el puesto de trabajo vemos que casi el 70% de los accidentados tenían menos de 5 años de experiencia en el puesto que ocupaban cuando sucedió el accidente. Del mismo modo, la antigüedad profesional inferior a 5 años engloba casi el 40% de las notificaciones.

Las punciones superan el 75% de las exposiciones de los profesionales suponiendo un gran problema de salud laboral por la alta frecuencia y por las consecuencias que pueden existir desde el punto de vista del contagio de hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Corran et al., 2012). Los cortes, rasguños y salpicaduras a mucosas de material potencialmente contaminante también son considerados EAMB

(INSST, 1997). En este sentido llama la atención la disminución de las exposiciones cutáneo-mucosas. Desde el año 2020 hay una disminución de casi el 50% de estas exposiciones, lo que se mantiene en el tiempo. Esto puede deberse al mayor uso de equipos de protección en todas las áreas de los centros asistenciales tanto por concienciación como por obligación.

Dado que se evidencian factores de riesgo de cara a sufrir una EAMB, que se mantienen en el tiempo, se deben identificar los controlables, adoptar medidas de protección colectiva e individual para minimizarlos y reducir los efectos de la contaminación biológica, cuando se produce el accidente (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo [INSST], 1997).

De esta forma, en la gestión de los contratos de enfermería se debería tener en cuenta la especialización de los profesionales, poniendo especial atención en los profesionales de nueva incorporación, ya que la antigüedad en el área de trabajo está claramente relacionada con la accidentalidad y sería de suponer que un cambio en este sentido, favorecería la disminución de la siniestralidad.

Una mayor formación en prevención de estas exposiciones y una adecuada difusión de los protocolos de actuación en estos casos, ayudará a disminuir la infranotificación por desconocimientos del procedimiento. La inclusión, en las formaciones, de los aspectos legales implicados, supondrá una mayor concienciación en la declaración de las EAMB (RD 664/1997,1997; RD 1299/2006, 2006). Del mismo modo, en dichas formaciones hay que hacer hincapié en el uso de los dispositivos de bioseguridad, al ser las agujas huecas de pequeño calibre el objeto con el que más accidentes suceden.

Es necesario realizar un análisis de la forma en la que ocurren los accidentes en las áreas quirúrgicas para intentar prevenir las exposiciones que suceden en ellas, ya que son las más frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Corrao, C., Mazzotta, A., La Torre, G y Giusti, M. (2012). *Biological Risk and Occupational Health.* Industrial Health, 2012, 50, 326-337

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. (2019). *Informe NOAB 2019. VIGILANCIA DE ACCIDENTES CON RIESGO BIOLÓGICO EN CENTROS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2019.* [Archivo PDF]. Recuperado de: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe anual_noab 2019.pdf

Hospital Universitario La Paz, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. (2020). *Memoria 2020. Hospital Universitario la Paz.* [Archivo PDF]. Recuperado de: https://www.comunidad.madrid/hospital/lapaz/nosotros/memorias-0

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (1997). NTP 447: *Actuación frente a un accidente con riesgo biológico.* Recuperado de: https://www.insst.es/documents/94886/326962/ntp 447.pdf/0469bb60-3718-40a7-a1e8-58cf84a14899

Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. *Boletín Oficial del estado, 124,* de 24 de mayo de 1997, 11144. Recuperado de: https://www.boe.es/eli/es/rd/1997/05/12/664/con

Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. *Boletín Oficial del estado, 302,* de 19 de diciembre de 2006, páginas 44487 a 44546. Recuperado de: https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/11/10/1299

Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid. (s.f.). *Portal estadístico de personal del Servicio Madrileño de Salud._* Recuperado de: https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/portal-estadistico-personal-servicio-madrileno-salud

Otros aspectos:

No es de aplicación la aprobación del Comité de Ética Clínica por el tipo de diseño del proyecto.

La notificación de exposiciones accidentales a material biológico es voluntaria para los accidentados y en el momento de la recogida de los datos son informados de la inclusión de los mismos en el NOAB.

Los autores niegan cualquier conflicto de intereses.

No se ha hecho uso de inteligencia artificial en la redacción de este proyecto.

Mesa 18: promoción de la salud / Educación sanitaria
Session 18: Health promotion / Health education

AUTORES/AUTHORS:

Domínguez Martin Ana Teresa, López Espuela Fidel, Rico Martín Sergio, Martín Ramos Noemí, Cano Amador Catalina, Diez Miranda Armando, Roncero Martin Raúl, Lavado García Jesús, Pérez Jiménez Ana Belén.

Servicio Extremeño de Salud
Metabolic Bone Diseases Research Group, Nursing and Occupational Therapy College, University of Extremadura, 10003 Cáceres, Spain

TÍTULO/TITLE:

Valoración de autoestima e imagen corporal relacionado con nivel de actividad física y patrón alimentario en adolescentes

Palabras Clave

Autoestima, imagen corporal, adolescentes, ejercicio, dieta mediterránea.

Objetivos

Valorar la percepción que tienen los adolescentes de su imagen corporal y autoestima y encontrar una relación entre estos valores con sus medidas antropométricas, la adherencia a la dieta mediterránea y actividad física de los alumnos participantes del Colegio Diocesano de Cáceres.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal. El muestreo fue por conveniencia. La muestra del estudio fue compuesta por 106 alumnos, 53 chicos y 53 chicas. Los instrumentos de medida fueron las escalas Rosenberg y el Body Shape Questionnarie. Realizamos un estudio de antropometría para las variables: peso, altura e IMC. Para conocer la situación ponderal utilizamos las tablas SEEDO. Se realiza el test Kidmed para conocer la adhesión a la dieta mediterránea y el I-PAQ para conocer la actividad física. El análisis de los resultados los realizamos a través de SPSS, extrapolando los datos desde EXCEL.

Resultados

Encontramos relación entre el IMC y la autoestima (r= -0,290 / p= 0,37) y el IMC y la variable de imagen corporal (r= 0,333 / p= 0,16) en chicos y, sin embargo, solo entre el IMC y la variable de imagen corporal (r= 0,441 / p= 0,001) en chicas. En el estudio de correlación de Rosenberg y BSQ se encontraron diferencias significativas para el total de la muestra (r= -0,699 / p< 0,001).

Un 64,1% tienen un rango de peso normal, el porcentaje de sobrepeso es del 19,4%. Solo un 4.9% presenta obesidad. Además, se observa una correlación significativa entre el IMC de las niñas y la edad (R= 0,281; P = 0,046), pero no en los niños. La adherencia a la dieta mediterránea es baja (Media: 4,90; DE: 1,95). Contrariamente, los niños que más horas pasan sentados no son los que tienen mayor IMC (R= -0,228; P = 0,021).

Conclusión

Los adolescentes presentan autoestima alta y no presentan alteración de la imagen corporal. Encontramos relación entre autoestima e imagen corporal: a mayor autoestima hay mejores niveles de percepción de la imagen corporal. Destacamos también la relación del IMC con los niveles de autoimagen de ambos sexos, pero solo tiene relación con la autoestima de los chicos y no de las chicas. Existe una baja adherencia a la dieta mediterránea, siendo destacable la falta de desayuno y una gran disminución en el consumo de frutas, verduras, arroz y pasta. Aunque nuestra muestra presenta buena actividad física general, existen diferencias entre los sexos, destacando mayor actividad física intensa en niños.

Discusión

Existen otros estudios que analizan la relación entre el sexo y la autoestima en adolescentes y que han observado que los chicos tienen puntuaciones de autoestima más altas que las chicas durante la adolescencia, tal y como sucede en nuestro estudio, donde los niveles de autoestima son altos para chicos, pero, las chicas obtuvieron unos resultados dentro del rango de la autoestima media, existiendo diferencias en cuanto al género.

Los resultados del IMC indican que la mayoría de los participantes están dentro del rango de peso normal. Si comparamos nuestra muestra con otros estudios son datos alentadores. Con el estudio ALADINO coincidimos en los datos de sobrepeso mientras que si hablamos de obesidad nuestros datos son muy positivos, pues ellos presentan una tasa de 19,4%, mientras que en nuestra muestra solo la presenta un 5%.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Allen PB, Waterman F y. H. Etapas de la adolescencia [Internet]. Saludmentalparatodos.co. [citado 20 de mayo de 2023]. Disponible en: https://saludmentalparatodos.co/wp-content/uploads/2022/03/1.-Etapas-de-la-adolescencia-HealthyChildren.org_.pdf

2. Palacios X. Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano? Rev Cienc Salud [Internet]. 2019 [citado 20 de mayo de 2023];17(1):5-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732019000100005

3. Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro MJ, Hidalgo MI, De Salud Barrio C, Dan DPS. Desarrollo durante la adolescencia . Aspectos físicos, psicológicos y sociales [Internet]. Adolescenciasema.org. [citado 20 de

mayo de 2023]. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf

4. Fortes L de S, Cipriani FM, Coelho FD, Paes ST, Ferreira MEC. A autoestima afeta a insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino? Rev Paul Pediatr [Internet]. 2014;32(3):236-40. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/0103-0582201432314

5. Derdikman-Eiron R, Indredavik MS, Bratberg GH, Taraldsen G, Bakken IJ, Colton M. Gender differences in subjective well-being, self-esteem and psychosocial functioning in adolescents with symptoms of anxiety and depression: Findings from the Nord-Trøndelag health study: Gender differences in adolescence. Scand J Psychol [Internet]. 2011;52(3):261-7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00859.x

6. Trejo Ortiz PM, Castro Veloz D, Facio Solís A, Mollinedo Montano FE, Valdez Esparza G. Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2010 [citado 15 de mayo de 2023];26(3):150-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000300006&script=sci_arttext&tlng=pt

7. Maldonado L, Huang Y, Chen R, Kasen S, Cohen P, Chen H. Impact of early adolescent anxiety disorders on self-esteem development from adolescence to young adulthood. J Adolesc Health [Internet]. 2013;53(2):287-92. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.02.025

8. Moksnes UK, Bjørnsen HN, Ringdal R, Eilertsen M-EB, Espnes GA. Association between loneliness, self-esteem and outcome of life satisfaction in Norwegian adolescents aged 15-21. Scand J Public Health [Internet]. 2022;50(8):1089-96. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/14034948221081287

9. Frieiro P, González-Rodríguez R, Domínguez-Alonso J. Self-esteem and socialisation in social networks as determinants in [Internet]. 2022;30(6):e4416-24. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/hsc.13843

10. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales [Internet]. Pediatría integral. 2013 [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/

11. García-Solano M, Gutiérrez-González E, López-Sobaler AM, Ruiz-Álvarez M, Bermejo López LM, Aparicio A, et al. Weight status in the 6- to 9-year-old school population in Spain: results of theALADINO 2019 Study. Nutr Hosp [Internet]. 2021;38(5):943 53. DOI: https://dx.doi.org/10.20960/nh.03618

12. Ramírez-Vélez R, Fuerte-Celis JC, Martínez-Torres J, Correa-Bautista JE. Prevalencia y factores asociados al consumo de bebidas azucaradas en escolares de 9 a 17 años de Bogotá, Colombia: Estudio FUPRECOL. Nutr Hosp [Internet]. 2017 [citado el 8 de mayo de 2023];34(2):422. DOI: https://dx.doi.org/10.20960/nh.250

13. Aranceta J, Gil Á, González-Gross M, Ortega R, Serra-Majem L, Varela-Moreiras. Los patrones de actividad física de la población española están determinados principalmente por el sexo y la edad: resultados obtenidos del estudio científico ANIBES. PLoS ONE, 2016;11(2):122. DOI: 10.1371/journal.pone.0149969
14. Santiago S, Benítez-Borja A, Martín Calvo N, Romanos-Nanclares A, Moreno-Galarraga L, Zazpe I. Association between parental attitudes towards their offspring's diet and children's actual dietary habits - The SENDO project. Nutr Hosp [Internet]. 2021;38(5):961 70. DOI: https://dx.doi.org/10.20960/nh.03649
15. González CA, Navarro C, Martínez C, Quirós JR, Dorronsoro M, Barricarte A, et al. El estudio prospectivo europeo sobre cáncer y nutrición (EPIC) (#). Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2004;78(2):167 76.

Otros aspectos:

Tiene la aprobación del Comité de Bioética y se ha recabado el consentimiento informado de los padres/tutores legales de los participantes al tratarse de menores de edad.

AUTORES/AUTHORS:

M. González Gallego

TÍTULO/TITLE:

Implantar GBP “Prevención Primaria Obesidad Infantil” en Atención Primaria: efectividad para prevenir el exceso de peso

Introducción

El exceso de peso (sobrepeso / obesidad) está considerado como epidemia en los países desarrollados y representa uno de los mayores retos a los que se enfrenta la Salud Pública en la actualidad.

La obesidad y el sobrepeso infantiles aumentan la mortalidad infantil y son un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de alta morbimortalidad **en la edad adulta.**

La Obesidad Infantil es uno de los procesos asistenciales de especial seguimiento en el Plan Anual de Gestión del SACYL.

Nuestro Centro de Salud está acreditado como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC) desde 2015 por implantar, entre otras, la Guía de Buenas Prácticas RNAO: “Prevención Primaria Obesidad Infantil”.

Palabras clave

Prevención Primaria; Obesidad; Sobrepeso; Prevalencia; Escolares; preescolares; Índice de masa corporal.

Objetivos

> Analizar la evolución de indicadores de proceso y resultado implantando las recomendaciones de la guía RNAO “Prevención primaria obesidad infantil” en nuestro Centro de Salud.

> Analizar la tendencia del exceso de peso en los niños de nuestra zona.

Método

Ámbito: Atención primaria

Diseño: Estudio poblacional descriptivo transversal cuantitativo y de evolución durante los años 2019 al 2022

Población estudio:

> Niños de 2 a 12 años que acuden a consulta de enfermería y son analizados los días establecidos por el Centro Colaborador desde el año 2019 al 2022 Total 286.

Criterios de exclusión niños con exceso de peso según los estándares de la OMS Las variables a estudio son: edad, sexo, valoración de la nutrición, actividad física, sedentarismo, crecimiento y entorno familiar, ejercicio diario, tiempo de pantalla y Lactancia materna total (LMT) y exclusiva (LME).

> Niños de 2 a 12 años pertenecientes al centro con exceso de peso:

De 1.645 niños en el Centro de Salud en 2019 muestran exceso de peso 234 De 1.847 niños en el Centro de Salud en 2020 muestran exceso de peso 238 De1.568 niños en el Centro de Salud en2021 muestran exceso de peso 240 De 1.534 niños en el Centro de Salud en 2022 muestran exceso de peso 204

Resultados

En la primera parte del estudio de los 286 registros el 49. 67% son niños y 50,33% niñas. La edad media de los niños/as a estudio es 6,84 años.

Se realiza la valoración de la nutrición, la actividad física, el sedentarismo, el crecimiento y entorno familiar: al 98,61% de los niños estudiados en 2019, al 100 % en los años 2020 y 2021 y al 98,6 % en 2022.

El tiempo medio diario frente a pantallas es el adecuado: en el 90,73% de los niños estudiados en el año 2019, en el 97,87% en el año 2020, en el 94,57% en el año 2021 y en el 74,65% en el año 2022.

Realizan el ejercicio diario recomendado: el 92,67% de los niños estudiados en el año 2019, el 97,9% en el año 2020, el 92,55% en el año 2021y el 93.06 % en el año 2022.

La Media en días de Lactancia materna total es de 238,8 en el año 2019, de 295 en el año 2020, de 249,9 en el año 2021 y de 288,2 en el año 2022

La Media en días de Lactancia materna exclusiva es de 77,06 en el año 2019, de 82,46 en el año 2020), de 88,19 en el año 2021y de 86,22 en el año 2022

En la segunda parte del estudio

-El porcentaje de niños con exceso de peso es de14,22% en el año 2019; de12,88% en año 2020; del 15,30% en el año 2021 y del13,29% en el año 2022

-De los niños con exceso de peso son hermanos:

25 (10,7%) en el año 2019; 24 (10,08%) en el año 2020; 26 (10,83%) en el año 2021 y 19

(9,31%) en el año 2022.

Conclusiones

La valoración de la nutrición, la actividad física, el sedentarismo, el crecimiento y entorno familiar en los niños estudiados está por encima del 99% de media. El tiempo medio diario frente a pantallas mejora en el año 2020 y 2021 respecto al 2019 pero se eleva.

considerablemente en el año 2022. El ejercicio físico recomendable mejora en el año 2022 respecto al año 2019 al igual que la media de días de LMT y LME.

La prevalencia de exceso de peso desciende en el año 2022 respecto al año 2019 con repunte en el año 2021. Es importante destacar la importancia del exceso de peso familiar

Aplicabilidad para la práctica diaria

Las acciones de mejora deben ir encaminadas a trabajar para disminuir en los niños el tiempo medio delante de pantallas y el sedentarismo. La literatura y experiencia clínica indican que la estrategia más efectiva para abordar la obesidad, como una cuestión de salud pública, es tratarlo con un enfoque socioambiental, realizando intervenciones globales sobre los niños y familiares. Es evidente que los factores relacionados con los hábitos de alimentación, actividad física y ocio son determinantes importantes del exceso de peso.

En nuestro Centro de Salud nos ha parecido importante utilizar durante estos años la arteterapia como mecanismo de humanización de los espacios pediátricos para fomentar la Educación para la Salud y crear entornos que favorezcan los hábitos de vida saludables.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

>Estudio ALADINO 2019: Estudio sobre la alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España 2019. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentariay Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid,2020

>Albornos-Muñoz L, Moreno-Casbas, T; González-María E. Implantación de guías de buenas prácticasen España: programa de centros comprometidos con la excelencia en cuidados. MEDUNAB 2015;17(3): 163-9.

>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Guía de las Buenas Prácticas Clínicas:Prevención primaria de la obesidad infantil. RNAO. 2014.

>Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Guía de las Buenas Prácticas Clínicas: Lactancia Materna. RNAO. 2018

>Alejandra Belmar, Macarena Guell, Javier Chaparro, Doris Grinspun. Implementación de buenas prácticas en enfermería. Programa BPSO como herramienta principal. Rev.Med.clin. Condes - 2018; 29(3) 311-321

>Video “Un paseo saludable por tu centro de salud”- https://youtu.be/s22YnmCpKnU

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER NINGÚN CONFLICTO DE INTERESES

AUTORES/AUTHORS:

Carolina Vargas Porras, Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander, Colombia.

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5996-8732

Beatriz Villamizar Carvajal, Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander, Colombia. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9430-7649

TÍTULO/TITLE:

Expectativas de crianza parental futura en jóvenes universitarios

Palabras clave

Actitud, Adulto Joven, Crianza del Niño, Parentalidad, Riesgo, Rol

Objetivo

Determinar las expectativas de crianza parental futura en jóvenes universitarios graduados de una institución de educación superior en Bucaramanga – Colombia.

Métodos

Estudio transversal correlacional. La población estuvo conformada por jóvenes recién graduados de diferentes carreras profesionales de una Universidad en Colombia. La muestra no probabilística fue de 133 graduados que por convocatoria pública decidieron participar. Los criterios de inclusión fueron: tener más de 18 años y haberse graduado de la Universidad en el último mes y el criterio de exclusión fue ser padre o madre.

Se utilizó el Inventario de Paternidad para Adultos y Adolescentes (IPAA) que mide las actitudes hacia la crianza y clasifica aquellas que se consideran de alto riesgo para la negligencia o el abuso infantil hacia los niños. Este instrumento tiene validez y confiabilidad y consta de 32 ítems distribuidos en 4 dimensiones así: expectativas inapropiadas hacia los niños, que se refiere a las demandas de los padres hacia los hijos; falta de empatía hacia las necesidades del niño, que se refiere a la inhabilidad para ser conscientes de las necesidades de los niños y responder a ellas de una manera apropiada; creencia en el valor del castigo físico, que se refiere a la fuerte creencia en el valor del castigo físico para formar a los niños, e inversión del rol parental-hijo, que se refiere a la creencia de que los niños deben ser sensibles ante las necesidades emocionales de los padres.

El IPAA se aplicó en un solo momento mediante formulario en Google Docs, previo diligenciamiento online del mismo. Una vez finalizado el periodo de reclutamiento se generó una hoja de cálculo Excel, la cual fue codificada y exportada para su análisis al paquete estadístico ‘R versión 3.4’.

Para la determinación de las calificaciones en las dimensiones, se tuvo en cuenta el instructivo del IPAA, con la correspondiente interpretación así: puntaje bajo, de 1 a 4, que equivale a riesgo alto o actitudes negativas hacia la crianza, puntaje promedio, de 5 a 6, que equivale a la conducta estándar; y puntaje alto, de 7 a 10, que equivale a riesgo bajo o actitudes positivas hacia la crianza. Finalmente, se determinó en los participantes el riesgo para la negligencia o el abuso infantil por dimensiones.

Se realizó regresión logística para cada dimensión con la variable dependiente de presencia o no de riesgo alto según el IPAA y se calculó el pseudo R2 Mcfadden en el modelo correspondiente para evaluar la bondad del ajuste. Para determinar los factores asociados se calculó el OR con su correspondiente intervalo de confianza del 95%. En todos los casos, se estableció como umbral de significancia un valor de p menor a 0.05

Se tuvo en cuenta la Declaración de Helsinki, la Resolución 008430 para la investigación en Colombia y se siguieron las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. En este estudio se realizó el correspondiente consentimiento informado verbal y escrito con cada uno de los participantes.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 133 jóvenes recién graduados de diferentes carreras universitarias. La mayoría eran mujeres (61.65%), solteros (93.23%). El promedio de edad fue 24.32 años (DE) ±2.33, el estrato socioeconómico más frecuente fue medio (46.61%), la mayoría de procedencia urbana (94.74%) y de religión católica (63.91%).

En general, 24.06% presentó algún riesgo del IPAA y el 75.94% no presentó ningún riesgo. En todas las dimensiones del IPAA se encontraron participantes con puntuaciones entre 1 a 4 que son de alto riesgo de presentar negligencia o abuso hacia los niños.

De acuerdo a los resultados de la regresión logística, se presentó buen ajuste en el modelo correspondiente a cada dimensión del IPAA (R2 de Mcfadden entre 0.27 y 0.71). El sexo masculino se encontró asociado a tener alto riesgo según cualquiera de las dimensiones del IPAA, con un OR (IC 95%) de 3.7223 (1.5193-9.4883; p=0.00549), en cambio, el estrato socioeconómico alto mostró ser un factor protector con un OR (IC 95%) de 0.204483 (0.022131-0.9076; p=0.04601). El modelo de regresión logística en la dimensión de la creencia en el valor del castigo físico, mostró igualmente que el sexo masculino es un factor de riesgo con un OR (IC 95%) de 3.4485 (1.075412.248; p=0.0103). En las otras tres dimensiones del IPAA, no se presentaron factores asociados con edad, sexo, estado civil, estrato socioeconómico, lugar de procedencia, religión ni carrera universitaria.

Discusión

El maltrato infantil es un problema muy importante de salud pública que afecta la salud física y mental de los niños, de las niñas y en general, de la sociedad. La preparación temprana para la maternidad y la paternidad favorece las expectativas de crianza adecuadas para el desempeño parental, lo cual ayuda a prevenir el maltrato infantil.

Los jóvenes son los futuros padres y madres, y es necesario que, así como se preparan para su vida profesional, también su formación integral les permita prepararse para la vida en familia, evitando los embarazos no deseados, y planeando el momento de tener sus hijos con las responsabilidades que esto conlleva. Para el diseño de intervenciones de educación en los jóvenes, primero se requiere conocer cuáles son sus expectativas de crianza parental futura.

En la revisión de la literatura científica se encontró que, la mayoría de las investigaciones publicadas han estudiado las expectativas de crianza en los padres y madres con hijos de diferentes edades (Vargas, et al.,2016 & Sandoval, et al., 2018). Un estudio en jóvenes entre los 24 y 26 años de edad encontró que ellos reflexionaron sobre cómo deseaban ser padres, y expresaron que querían hacer cambios sobre las prácticas parentales tradicionales (Merelo, et al., 2022). Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este estudio, en el cual, el sexo masculino se asoció a tener alto riesgo de negligencia o abuso infantil, en concordancia, una investigación encontró al analizar 14.564 casos de maltrato infantil reportados que, los principales agresores identificados fueron los hombres (Macedo, et al., 2020).

Así mismo, en el presente estudio el estrato socioeconómico alto mostró ser un factor protector en contra de la negligencia o el abuso infantil, en similitud con una investigación que señaló que, de 281 diagnósticos de maltrato infantil, el 93% estuvieron asociados a bajo nivel de ingresos (García, et al., 2019). Además, otros autores también señalan a partir de estudios previos que, las personas que tienden a ejercer el maltrato infantil pertenecen a una baja clase social (Castro & Díaz; 2019; García-Cruz, García-Piña & Orihuela-García, 2020).

En la actualidad, los jóvenes universitarios recién graduados no han recibido formación para prepararse como futuros padres o madres y las expectativas que tienen de la crianza infantil pueden ser un riesgo de negligencia en el cuidado de sus futuros hijos. Por lo tanto, las instituciones de educación superior deberían favorecer la formación hacia una maternidad y paternidad responsable, teniendo en cuenta el propósito de formación integral de los profesionales que impactan en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Castro Santiago, S y Díaz Hurtado, M. (2019). Factores que generan el maltrato infantil en el barrio Santa Rosa de Sabanalarga – Atlántico 2017- 2018. (Trabajo de grado), Corporación Universidad de la Costa.

García-Cruz, A. H., García-Piña, C. A., & Orihuela-García, S. (2020). Negligencia infantil: una mirada integral a su frecuencia y factores asociados. Acta Pediátrica de México, 40(4), 199-210.

Macedo, D. M., Lawrenz, P., Hohendorff, J. V., Freitas, C. P. P., Koller, S. H., & Habigzang, L. F. (2020). Caracterización de los Casos de Maltrato Infantil Identificados en Servicios de Salud. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *30*.

Merelo, C. M. P., Mancilla, H. M. R., & Chiriboga, E. A. V. (2022). Dimensiones psicosociales mediadoras de la significación sobre la paternidad en jóvenes de Guayaquil. Polo del Conocimiento, 7(12), 119-134.

Meza-Cueto, L., & Navarro-Villamizar, D. (2022). Maltrato infantil según las características sociodemográficas de las madres en Sucre, Colombia. IPSA Scientia, revista científica multidisciplinaria, 7(2), 24-35.

Rivera, V. D. L. Á. M., & Gutiérrez, K. R. M. (2022). Modelos de Crianza en la familia y su impacto en el comportamiento de los hijos. Revista Humanismo y Cambio Social, 108-121.

Sandoval, J. De Gante-Casas, A. Gómez-Pérez, M., & Limón-Jaramillo, G. (2018). La formación en crianza como estrategia para la prevención de violencia en el contexto familiar. Revista de Educación y Desarrollo, 44, 5-15.

Solís-Cámara RP, Bavolek SJ. Manual del Inventario de Paternidad para Adultos y Adolescentes (IPAA). Park City (Utah): Family Development Resources; 1995.

Vargas Porras, C., Villamizar Carvajal, B., & Ardila Suárez, E. F. (2016). Expectativas de crianza en madres de recién nacidos a término y pretérmino. Revista cubana de enfermería, 32(3).

Otros aspectos del trabajo:

- Este estudio tiene aval del comité de ética institucional y se realizó el consentimiento verbal y escrito de cada uno de los participantes.
- Las autoras declaramos que no tenemos conflictos de intereses.
- Las autoras declaramos que no hemos utilizado inteligencia artificial (IA) generativa, ni tampoco tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Mesa 19: Promoción de la salud / Educación sanitaria
Session 19: Health promotion / Health education

AUTORES/AUTHORS:

- Encarnación Calmaestra Carrillo
- Núria Codern Bové
- Raül Vernet Bellet
- Iolanda Arbiol Rodríguez
- Àngels Cardona Cardona

TÍTULO/TITLE:

Estudio de las necesidades de las personas afectadas de enfermedades raras en el proceso de diagnóstico y tratamiento

Palabras clave

Enfermedades raras - Necesidades - Diagnóstico – Tratamiento

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 (Bogart & Irvin, 2017). Existen más de 7.000 tipos de ER, con un alto porcentaje que se detectan en la infancia y tienen origen genético (Kole et a., 2021). En la Unión Europea (UE) se estima que alrededor de 30 millones de personas están afectadas, unos 3 millones en España y entre 300.000 y 400.000 en Catalunya. La baja prevalencia de la población afectada de ER se acompaña de un escaso conocimiento, situación que implica un reto para la Salud Pública en Europa y una prioridad de los derechos humanos (Kole et al., 2021).

Durante la última década, tanto en la UE como en España y en Catalunya se han realizado diversas acciones dirigidas a mejorar las líneas de actuación y atención a las personas afectadas de una ER. En Europa se han creado las *European Reference Networks* (ERN), 24 redes de referencia europeas que ayudan a los profesionales y centros especializados a compartir el conocimiento, en España el *Centro de Referencia Estatal de Enfermedades Raras y sus familias* (CREER) que tiene la finalidad de difundir la información sobre las ER a las personas afectadas y sus familias y orientar sobre los Servicios y recursos sociosanitarios disponibles. También destaca la creación de los *Centros, Servicios o Unidades de Referencia (CSUR)* orientadas a la atención sanitaria de grupos de ER. Finalmente, en Catalunya, se han creado las

Unidades de Expertez Clínica (UEC), servicios clínicos especializados por grupos de enfermedades. Actualmente están en funcionamiento 10 *Redes de Unidades de Expertez Clínica* (XUEC).

A pesar de los esfuerzos de los últimos años, estudios recientes han resaltado las problemáticas, limitaciones y consecuencias actuales de vivir con una ER. Entre las que se pueden destacar la falta de diagnóstico precisos y tempranos, la falta información sobre la enfermedad, las personas con enfermedades raras necesitan la utilización una variedad de servicios sanitarios y a menudo encuentran limitaciones en los tratamientos específicos. Estas situaciones pueden dar como resultado alteraciones en su bienestar físico, biológico y social, cosa que conduce a una invisibilidad en el sistema de salud y crea desigualdades en el acceso a recursos de atención médica (Long et al., 2022; Solves Almela et al., 2018).

Enfermería tiene un papel esencial en el cuidado de esta persona dada la capacidad que tiene para coordinar la atención, proporcionar apoyo y educación, mejorar la calidad de vida, mantener la vigilancia y seguimiento de la persona afectada y no solo administrar medicamentos. La presencia de las enfermeras y sus conocimientos son fundamentales para ofrecer una atención integral a las personas afectadas de una enfermedad rara.

Objetivo

Identificar y analizar las necesidades percibidas por las personas afectadas por enfermedades raras (ER) y sus Familias En El Proceso De Diagnóstico Y Tratamiento.

Metodología

Diseño: Estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario realizado a las personas adultas afectadas de ER y en caso de menores o adultas con incapacidades, se realizó a sus representantes legales.

Población de estudio: La población estudiada tenía vinculación con alguna asociación de enfermedades raras de Catalunya.

Cuestionario on-line: Se elaboró un cuestionario *ad hoc* a partir de la revisión de la literatura y se complementó con los resultados obtenidos en dos grupos focales. Este fue revisado y validado por un grupo de expertos (profesionales y personas afectadas). La versión final del cuestionario contenía 72 preguntas en las que se distinguían los siguientes bloques: datos sociodemográficos; ii) procesos de diagnóstico de la ER, servicios que participan, necesidades y satisfacción del usuario/familia; iii) Tratamiento, necesidades y servicios que utilizan el usuario/familia y satisfacción del usuario/familia; iv) vida cotidiana, necesidades en la escuela y trabajo y satisfacción usuario/familia. En esta comunicación solo se presentan resultados de los tres primeros bloques.

Proceso de recogida de información: Se envió un correo electrónico a 53 asociaciones de ER de Catalunya solicitando la distribución del cuestionario a través de su web, 43 aceptaron participar. Estas enviaron el enlace del cuestionario a sus asociados. La recogida se realizó durante los meses de diciembre del 2021 hasta febrero del 2022.

Análisis: Se realizó un análisis descriptivo. Se utilizó chi-cuadrado para comparar variables nominales. En caso de respuesta en forma de escala Likert se utilizó para las comparaciones se utilizó Mann-Whitney U-test. El análisis se realizó mediante el programa R.

Resultados

Participaron un total de 291 personas, un 62% de mujeres y un 37% de hombres. La mayoría de los participantes fueron personas afectadas de la ER (57,7%), seguidos de padres y madres (34,7%). La edad promedio de las personas fue de 37 años, siendo el grupo entre 31 a 50 años el que grupo más representado. La provincia de Barcelona fue la más representada (80%). La muestra incluía 87 ER diferentes de las cuales, las enfermedades de la piel (ERN-Skin) fueron las más comunes.

En cuanto al tiempo transcurrido hasta obtener un diagnóstico definitivo, más del 40% de los afectados precisaron menos de un año, siendo la mayoría entre 3 a 12 meses. Alrededor del 27% precisaron de entre 1 a 5 años, cerca del 9% de 5 a 10 años, y más del 23% más de 10 años. Se encontró una correlación entre la edad y la demora en el diagnóstico, presentando una reducción de la demora en personas de menor edad.

En referencia a los profesionales involucrados en el proceso de diagnóstico, cerca del 42% de los participantes requirieron de la participación de entre 3 y 5 profesionales para llegar a tener el diagnóstico. En relación con la información recibida durante el proceso, cerca del 50% se mostraron satisfecho o muy satisfechos igualmente que satisfechos o muy satisfechos con el apoyo que recibieron de los profesionales.

Respecto a la frecuencia de uso de los diferentes servicios sanitarios, los datos resaltan que todos los servicios sanitarios, excepto el de asesoramiento genético, fueron utilizados de 1 o 2 veces cada 6 meses. Cabe destacar que un 34% de la muestra refieren que querrían haber tenido acceso al asesoramiento genético. Debemos resaltar que ciertos porcentajes de la población manifestaron que “No que tenían acceso a alguno de estos servicios de salud o que necesitaban más”. Encontramos un 50% de la muestra que declaró que querría tener acceso a servicios de nutrición, un 49% a centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP), cerca del 41% a la consulta de logopedia, un 37% consulta de psicología y alrededor del 35% servicios de rehabilitación y fisioterapia. Otros datos que se han obtenido son que más del 30% de los participantes manifiestan estar “satisfechos o muy satisfechos” con los servicios especializados recibidos y con la atención recibida por parte de los profesionales. Cabe destacar que cuando hablamos de la coordinación entre profesionales y la toma de decisiones estos porcentajes son ligeramente más bajos.

Discusión

Este estudio ha puesto de manifiesto cuales son las necesidades vinculadas al proceso de diagnóstico y al tratamiento de las personas afectadas de enfermedades raras y sus familiares, evidenciando carencias existentes en su vida cotidiana.

En lo que respecta al proceso de diagnóstico, este involucra la necesidad de realizar múltiples visitas a servicios y consultar con diversos profesionales, además de someterse a numerosas pruebas diagnósticas, llegando estas a impactar negativamente en el bienestar emocional y psicológico de las personas y de sus familiares (Kole et al., 2021). Por otra parte, es fundamental considerar que un grupo de personas que aún no ha recibido un diagnóstico formal o que experimente una demora en este proceso puede hacer mella en la salud mental, tanto de los pacientes como de los familiares. Consecuentemente durante este periodo, las personas afectadas y las familias necesitan de información y apoyo social (Depping et al., 2021). Es esencial mejorar los sistemas de salud mediante la mejora de la coordinación y la formación de los profesionales. Asimismo, resulta fundamental fomentar la comunicación entre las familias y los profesionales sanitarios para mantener la confianza durante el proceso diagnóstico. Esta comunicación debe ser recíproca entre ambas partes, ya que potenciará las opciones de colaboración y comprensión entre los afectados y los profesionales (McMullan et al., 2020).

La existencia de un número significativo de enfermedades raras sin un tratamiento definitivo, además del diagnóstico, hace que los cuidados, la rehabilitación y el apoyo social y psicológico sean esenciales para el bienestar de los pacientes. Nuestro estudio indica que el uso de estos servicios es heterogéneo y que la mayoría de las personas afectadas sienten que no tienen acceso a algunos de los servicios necesarios o que necesitarían más visitas de las que están realizando. En este contexto, las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la coordinación de la comunicación y el seguimiento de los afectados para garantizar un abordaje biopsicosocial adecuado (Llubès-Arrià et al., 2021).

Debido a la complejidad de estas enfermedades, resulta fundamental contar con un sistema sociosanitario que disponga de una coordinación asistencial adecuada para mejorar la atención sanitaria. Sería conveniente reconsiderar los modelos actuales de organización sociosanitaria y establecer la figura de la gestora de casos como dispositivo que coordine a los diferentes profesionales implicados en el proceso, tanto de diagnóstico como de seguimiento, y asegure que reciban los servicios sanitarios necesarios de manera oportuna y eficaz, así como garantizar la continuidad de los cuidados tanto para la persona afectada como para la familia.

BIBLIOGRAFÍA/BLIBLIOGRAPHY:

Bogart, K. R., & Irvin, V. L. (2017). Health-related quality of life among adults with diverse rare disorders. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, *12*, 1–9. https://doi.org/10.1186/s13023-017-0730-1

Depping, M. K., Uhlenbusch, N., von Kodolitsch, Y., Klose, H. F. E., Mautner, V. F., & Löwe, B. (2021). Supportive care needs of patients with rare chronic diseases: multi-method, cross-sectional study. *Orphanet journal of rare diseases*, *16*(1), 44. https://doi.org/10.1186/s13023-020-01660-w

Kole, A., Hedley, V., & et al. (2021). *Recommendations from the Rare 2030 Foresight Study: The future of rare diseases starts today*.

Llubes-Arrià, L., Sanromà-Ortíz, M., Torné-Ruiz, A., Carillo-Álvarez, E., García-Expósito, J., & Roca, J. (2022). Emotional experience of the diagnostic process of a rare disease and the perception of support systems: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, *31*(1-2), 20–31. https://doi.org/10.1111/jocn.15922

Long, J. C., Best, S., Nic Giolla Easpaig, B., Hatem, S., Fehlberg, Z., Christodoulou, J., & Braithwaite, J. (2022). Needs of people with rare diseases that can be supported by electronic resources: a scoping review. *BMJ open*, *12*(9), e060394. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060394

McMullan, J., Crowe, A. L., Bailie, C., Moore, K., McMullan, L. S., Shamandi, N., McAneney, H., & McKnight, A. J. (2020). Improvements needed to support people living and working with a rare disease in Northern Ireland: current rare disease support perceived as inadequate. *Orphanet journal of rare diseases*, *15*(1), 315. https://doi.org/10.1186/s13023-020-01559-6

Solves Almela, J. A., Arcos Urrutia, J. M., Páramo Rodríguez, L., Sánchez Castillo, S., & Rius Sanchis, I. (2018). *Estudio sobre situación de Necesidades Sociosanitarias de las personas con Enfermedades Raras en España: Estudio ENSERio: Datos 2016-2017*. Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER); Burgos: Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias (CREER)

AUTORES/AUTHORS:

Teodora Encinas Martín

Federico Montero Cuadrado montercua1981@hotmail.com

Laura Barrero Santiago laura.barrero@uva.es

Isabel Muñoz Diez imunozd@saludcastillayleon.es

Susana Zarzuelo Elía szarzuelo@saludcastillayleon.es

Abel Hernández Rico ahernandezrico@saludcastillayleon.es

Juan Carlos Larren Fraile jlarrenfr@saludcastillayleon.es

Carlos Del Rio Manzano criom@saludcastillayleon.es

Agustín Mayo Iscar agustin.mayo.iscar@uva.es

TÍTULO/TITLE:

DOLOR CRÓNICO MUSCULOESQUELÉTICO, CAMBIO DE PARADIGMA EN ATENCION PRIMARIA

Palabras clave

Dolor crónico, sensibilización central, depresión, ejercicio terapéutico, educación en neurociencia del dolor.

Objetivos

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico musculoesquelético.
- Reducir el riesgo de depresión y el consumo de fármacos.

Método

Se diseñó un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico que se realizó en 12 centros de salud pertenecientes a las áreas sanitarias de Valladolid.

La población de estudio fueron pacientes entre 18 a 70 años, con dolor crónico musculoesquelético de más de seis meses de evolución y que cumpliesen los criterios de inclusión, tener una puntuación ≥ 30 puntos en el cuestionario de sensibilización central y disponibilidad para acudir a las sesiones programadas del tratamiento. Se excluyeron a sujetos con dolor oncológico, con antecedentes de depresión mayor, fibromialgia, o embarazo.

Se evaluó la calidad de vida de los pacientes a través del cuestionario SF-36, el riesgo de depresión a través de un software acreditado a partir de los datos del SF-36 y mediante un registro la reducción del consumo fármacos.

El grupo intervención (GI) realizó un programa de afrontamiento activo que consistió en acudir a 6 sesiones teóricas de 1,5 horas cada una (en 4 semanas) donde se realizó educación en neurociencia del dolor y 18 sesiones de ejercicio físico terapéutico, 3 sesiones semanales, de manera grupal. El grupo control (GC) recibió el tratamiento habitual.

Resultados

Los pacientes del grupo intervención (GI) mejoraron su calidad de vida de forma significativa frente a los pacientes del GC. EL incremento del componente de salud y fisica del SF-36 ha sido mayor en el GI que en el GC. Los resultados obtenidos en la valoración postintevención se mantienen a los seis meses con un tamaño del efecto grande en el GE (d = 1.8) y pequeño en el GC (d= 0.2). La diferencia entre grupo es estadísticamente significativa (p<.001)

En cuanto al riesgo de depresión, en la valoración post-intervención se aprecia como las puntuaciones de los sujetos del GI alcanzan los valores de referencia poblaciones en las dimensiones relacionadas con salud física e incluso sobrepasan los valores de referencia en dimensiones relacionadas con la salud mental. Esto supone en el GI, una disminución del riesgo de depresión de un 33 a un 8%.

Al inicio del programa, la ingesta de analgésicos era similar en ambos grupos, sin diferencias significativas (p=.64). En la valoración inicial, el porcentaje de pacientes que consumía analgésicos era del 92% en el GI y del 89% en el GC. En la valoración postintervención el porcentaje de consumo de fármacos se redujo al 44% en el GC vs 88% en el GI. A los seis meses los consumidores de analgésicos representaban el 46% en el GI y el 78% en el GC.

Discusión

La clave de este programa reside en enseñar herramientas de gestión y control del dolor al paciente, y de manera activa y guiada aprenda a moverse de nuevo realizando ejercicios con control, seguimiento y adaptación.

El programa demostró falta de efectos secundarios y baja inversión sanitaria, lo que contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario, puesto que con mínimo coste se consiguieron mejoras en la calidad de vida y la salud mental. Además, se reduce el gasto en fármacos, de una forma muy importante y algunos dejaron incluso toda la medicación y redujeron también la frecuentación a las consultas de Atención Primaria o a urgencias hospitalarias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Montero-Cuadrado, F., Galán-Martín, M. Á., Sánchez-Sánchez, J., Lluch, E., Mayo-Iscar, A., & Cuesta-Vargas, Á. (2020). Efectividad de un Programa de Ejercicio Físico Terapéutico para Cuidadores de Pacientes Dependientes: Un Ensayo Pragmático Aleatorizado Controlado en Atención Primaria Española. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública* , *17* (20), 7359. https://doi.org/10.3390/ijerph17207359

Stein, A. C., Molinero, O., Salguero, A., Corrêa, M. C. R., & Márquez, S.. (2014). Actividad física y salud percibida en pacientes con enfermedad coronaria. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, *14*(1), 109-116. Recuperado en 01

de junio de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232014000100013&lng=es&tlng=es.

Vilagut, Gemma, Ferrer, Montse, Rajmil, Luis, Rebollo, Pablo, Permanyer-Miralda, Gaietà, Quintana, José M., Santed, Rosalía, Valderas, José M., Domingo-Salvany, Antonia, & Alonso, Jordi. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, *19*(2), 135-150. Recuperado en 01 de junio de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&tlng=es.

Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ (Clinical research ed.)*, *297*(6653), 897–899. https://doi.org/10.1136/bmj.297.6653.897

Galan-Martin, M. A., Montero-Cuadrado, F., Lluch-Girbes, E., Coca-López, M. C., Mayo-Iscar, A., & Cuesta-Vargas, A. (2020). Pain Neuroscience Education and Physical Therapeutic Exercise for Patients with Chronic Spinal Pain in Spanish Physiotherapy Primary Care: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical medicine*, *9*(4), 1201. https://doi.org/10.3390/jcm9041201

Loeser, J. D., & Schatman, M. E. (2017). Chronic pain management in medical education: a disastrous omission. *Postgraduate medicine*, *129*(3), 332–335. https://doi.org/10.1080/00325481.2017.1297668

Aguirrezabal-Bazterrica, I.; Galán-Martín, M.; Montero-Cuadrado, F. Abordaje no farmacológico del dolor. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 2020 , *27* , 145–153.

Mesa 20: Gestión
Session 20: Management

AUTORES/AUTHORS:

Pavón Rodríguez, Francisca; Mateo Viladomat, Enric; Jodar Solà, Glória (ORCID 0000-0003-4818-1982); Romeu Labayen, Maria; Casañas Sánchez, Rocio (ORCID.0000-0003-2783-8818); Martin Arribas, Anna (ORCID 0000-0001-9679-595X); Galbany Estragués, Paola (ORCID. 0000-0003-3775-1695); Canet Vélez, Olga (ORCID 0000-0002-1826-9345); Obregón Gutiérrez , Noemí (ORCID 0000-0001-5855-2498).

TÍTULO/TITLE:

Percepciones de las migraciones y el abandono profesional de las enfermeras en Barcelona

Palabras clave: enfermería, abandono profesional, condiciones profesional y laborales.

Objetivo: Conocer las expectativas del ejercicio profesional del colectivo de enfermeras en la provincia de Barcelona vinculado al abandono de la profesión.

Métodos: Diseño cualitativo descriptivo. Participaron 20 enfermeras de la demarcación de Barcelona de diferentes ámbitos asistenciales, en atención comunitaria y la atención especializada del paciente agudo. Como criterios de inclusión se consideró como criterio homogéneo ser enfermero o enfermera y estar en activo; con una experiencia laboral mínima de 2 años. Como criterios de pertinencia y conveniencia se incluyeron la edad, el centro de trabajo, la relación contractual, el ámbito y niveles asistencial, el rol prevalente en sus funciones y las especialidades del área de atención, que combinados, darán un perfil heterogéneo de los participantes. Se llegó a la saturación de la información con la realización de 4 grupos de discusión como técnica de recolección de datos. Se utilizó análisis temático de los datos. Se aplico las normas de los estándares de la Investigación Cualitativa, como la triangulación de investigadoras en el análisis, la transcripción literal, auditoría de análisis para asegurar la reproductibilidad y la consistencia de los resultados. Este estudio realizado de marzo 2022 a mayo 2023 tiene valoración positiva del comité de ética. El equipo investigador declara no tener conflicto de intereses.

Resultados

Perfil sociodemográfico de las participantes: 17 fueron mujeres i 3 hombres, la media de edad fue 42 años (63 a 29). En cuanto a nivel de estudios, 12 tenía master, 4 enfermeras graduadas, 2 licenciadas y 2 doctoras. La media de ejercicio profesional fue de 17 años (33- 5). Todas estaban en activo, 15 eran asistenciales clínicas, 5 docentes y 3 combinaban funciones de gestión. 15 trabajaban en centros públicos y 5 en privados.

De los datos analizaron emergieron con tres temas que configuran los resultados: factores impulsores de migraciones en el ejercicio profesional; motivos del abandono profesional; necesitades del colectivo para evitar el abandono profesional.

1. Factores migratorios

Los participantes que habían trabajado como enfermeras fuera de España manifestaron que las causas para migrar estaban relacionadas con las condiciones laborales. La dificultad de obtener de contratos estables y estabilidad en los patrones de turnos, la escasa promoción y apoyo para poder realizar formación continua que repercuta en el desarrollo profesional.

2. Motivaciones abandono profesional

La carga excesiva de trabajo, la falta de reconocimiento profesional y económico, la falta de desarrollo profesional y el trabajo por turnos inflexibles pueden llevar al desgaste emocional y físico y. por lo tanto, son elementos para considerar dejar la profesión.

3. Necesidades del colectivo de enfermería

Las necesidades se basan en la implementación de estrategias para la retención de las enfermeras. Hay que destacar la mejora en la retribución económica actual es trascendental para el colectivo, equiparando su responsabilidad y la competencia de las enfermeras en su ejercicio profesional. Se deben reparar las condiciones de trabajo de actuales; adecuación de las ratios del personal de enfermería a la compleidad de los cuidados; la necesidad de tener políticas claras de desarrollo profesional donde se tome en consideración la formación académica y la experiencia; así como la promoción a la formación continua y la investigación.

Discusión

La crisis actual de la escasez de enfermeras hace que sea necesario indagar sobre las expectativas de las enfermeras relacionadas con el ejercicio profesional y sus condiciones laborales del colectivo. La carencia de enfermeras y la inestabilidad laboral del colectivo ha sobrevenido una preocupación mundial. Los elementos para considerar en la lucha contra la precariedad son las condiciones de trabajo en cuestiones socioeconómicas, y también de género por el predominio femenino de la doble jornada laboral, el origen social o la devaluación profesional (Dias, 2019).

En la línea de los resultados obtenidos, se deben reconsiderar las características de la práctica asistencial, las relaciones e interacciones entre los equipos, la retribución económica, entre otras (Campbell,2020). La situación actual comporta agotamiento emocional i físico a las enfermeras. Nuestros resultados evidencian, juntos con otros estudios, que la flexibilidad y la disponibilidad de las enfermeras en cuanto que a horarios y turnos tienen relación con el desgaste profesional. También se deben reconsiderar las características de la práctica asistencial, las relaciones e interacciones entre los equipos, la retribución económica, entre otras (Campbell, 2020).

Las condiciones laborales y expectativas profesionales pueden tener un impacto significativo en el bienestar de las enfermeras. Como factores asociados se incluyen, la fatiga, el entorno de práctica, depresión e insatisfacción con la integración trabajo-vida (Dyrbye, 2019). Las horas de trabajo adicionales, en las enfermeras se asociaron con mayores

probabilidades de agotamiento (Dyrbye, 2020). La carga de trabajo percibida (Holland, 2019) y las relaciones interpersonales afectan la intención de dejar el trabajo (Stevanin, 2018).

Los factores asociados con la intención de salida de las enfermeras contribuyen a la , coinciden con otros estudios en la búsqueda de un mayor nivel salarial, tener más satisfacción laboral, asumir un mayor sentido de pertenencia al hospital (Liu, 2023). Es importante que los empleadores trabajen para mejorar las condiciones laborales y profesionales, que garanticen un ambiente de trabajo saludable. Las intervenciones propuestas relacionades con el ambiente de trabajo, en la revisión de alcance de (Barrientos-Trigo, 2018) se centran en los niveles de macrogestión (mejora la relación paciente-enfermera), mesogestión (las jerarquías horizontales) y microgestión (gestión personal , las técnicas de mente-cuerpo).

Entre el 2010 y el 2015 en España, la seguridad laboral empeoró, con un acceso deficiente a la profesión enfermera para los graduados recientes, con una tasa de abandono profesional más grande y con un aumento de las personas que buscaban trabajo en enfermería, acompañado de una caída en el número de contratos permanentes (Galbany-Estragués, 2019). Otro estudio realizado en cuatro países: Irlanda, Reino Unido, Italia y Croacia, exploró el impacto del desarrollo profesional continuo en el bienestar de las enfermeras y en concreto sobre la intención de abandonar el lugar de trabajo actual (Kearns, 2021).

La retención enfermeras es el mayor desafío a nivel laboral en el que se enfrentan las instituciones de salud. Las mejoras se sitúan en unes áreas identificades como: liderazgo y gestión de enfermeria, educación y avance profesional, niveles de dotación de personal, apoyo en el trabajo, y remuneración financiera. (Bae, 2023 2022), (Marufu, 2021).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bae S. H. (2023). Association of Work Schedules With Nurse Turnover: A Cross-Sectional National

Study. International journal of public health, 68, 1605732. https://doi.org/10.3389/ph.2023.1605732

Bae S. H. (2022). Noneconomic and economic impacts of nurse turnover in hospitals: A systematic review. International nursing review, 69(3), 392-404. https://doi.org/10.1111/inr.12769

Barrientos-Trigo, S., Vega-Vázquez, L., De Diego-Cordero, R., Badanta-Romero, B., & Porcel-Gálvez, A. M. (2018). Interventions to improve working conditions of nursing staff in acute care hospitals: Scoping review. Journal of nursing management, 26(2), 94 107. https://doi.org/10.1111/jonm.12538

Barrientos-Trigo, S., Vega-Vázquez, L., De Diego-Cordero, R., Badanta-Romero, B., & Porcel-Gálvez, A. M. (2018). Interventions to improve working conditions of nursing staff in acute care hospitals: Scoping review. Journal of nursing management, 26(2), 94 107. https://doi.org/10.1111/jonm.12538

Campbell, C. M., & Patrician, P. A. (2020). Generational preferences in the nursing work environment: A dimensional concept analysis. Journal of nursing management, 28(4), 927 937. https://doi.org/10.1111/jonm.13024

Dias, M. O., Souza, N. V. D. O., Penna, L. H. G., & Gallasch, C. H. (2019). Perception of nursing leadership on the fight against the precariousness of working conditions. Percepção das lideranças de enfermagem sobre a luta contra a precarização das condiØes de trabalho. Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 53, e03492. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018025503492

Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Johnson, P. O., Johnson, L. A., Satele, D., & West, C. P. (2019). A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. BMC nursing, 18, 57. https://doi.org/10.1186/12912-019-0382-7

Dyrbye, L. N., West, C. P., Kelsey, E. A., Gossard, A. A., Satele, D., & Shanafelt, T. (2020). A national study of personal accomplishment, burnout, and satisfaction with work-life integration among advance practice nurses relative to other workers. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 33(11), 896 906. https://doi.org/10.1097/IXX.0000000000000517

Galbany-Estragués, P., Millán-Martínez, P., Del Mar Pastor-Bravo, M., & Nelson, S. (2019) Emigration and job security: An analysis of workforce trends for Spanish-trained nurses (2010-2015). Journal of nursing management, 27(6), 1224-1232. https://doi.org/10.1111/jonm.12803

Holland, P., Tham, T. L., Sheehan, C., & Cooper, B. (2019). The impact of perceived workload on nurse satisfaction with work-life balance and intention to leave the occupation. Applied nursing research : ANR, 49, 70-76. https://doi.org/10.1016/j.apnr. 2019.06.001

Kearns T. (2021). The impact of Continuing Professional Development on nurses' wellbeing and satisfaction. Profession infermieristiche, 74(4), 256. https://doi.org/10.7429/pi.2021.744256b

Liu, Y., Duan, Y., & Guo, M. (2023). Turnover intention and its associated factors among nurses: a multi-center cross-sectional study. Frontiers in public health, 11, 1141441. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1141441

Marufu, T. C., Collins, A., 'Vargas, L., Gillespie, L., &Almghairbi, D. (2021). •Factors influencing retention-among hospital- nurses: systematic review. British journal of nursing• (Mark• Alien• Publishing), 30(5), 302-308. https://doi.orq/10.12968/bion.2021.30.5.302•

Stevanin, S., Palese, A., Bressan, V., Vehvilainen-Julkunen, K., &-Kvist, T. (2018). Workplace-related-generational-characteristics-of-nurses:•A-mixed-method-systematic-review.Journal•advanced nursing, 74(6), 1245-1263. https://doi.org/10.1111/ian. 13538•1

AUTORES/AUTHORS:

Elaine Rossi Ribeiro[1]

Jorge Fernando Dias Vergilio[2]

Leide Da Conceição Sanches [3]

1- Docente do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pqueno Príncipe – Curitiba – Pr. Brasil – ORCID: 0000-0003-3492-217X

2- Mestre pelo Programa de Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pqueno Príncipe – Curitiba – Pr. Brasil – ORCID: 0009-0002-5972-839X

3- Docente do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pqueno Príncipe – Curitiba – Pr. Brasil – ORCID: 0000-0002-5832-7132

TÍTULO/TITLE:

Segunda vítima: percepções de gestores em saúde

Palavras -chave

segunda vítima, segurança do paciente, gestão, qualitativa2

INTRODUÇÃO

Os gestores que atuam em instituições de saúde e possuem contato com área da segurança do paciente, tem plena consciência do medo que ronda o universo dos erros e suas consequências. No dia a dia, lidar com fantasmas que perseguem a todo tempo como culpa, erro e eventos adversos é um desafio constante, visto que é papel fundamental sempre garantir a máxima segurança durante a assistência em saúde.

É importante salientar que quando um evento adverso ocorre, as vítimas vão além do paciente, afetando também os profissionais de saúde, que se tornam as "segundas vítimas". No ambiente de assistência em saúde, torna-se cada vez mais presente a preocupação com a segurança do paciente, a qual é entendida pela redução ao mínimo aceitável do risco de danos desnecessários durante a atenção à saúde[1].

Este termo tem sido pouco utilizado, mas refere-se ao profissional de saúde que passa pela experiência de estar envolvido em um erro com dano ao paciente e vivência algum tipo de dano emocional ou sofrimento. Seu precursor foi Albert Wu, que estudou e continua estudando o impacto dos problemas de segurança em pacientes e profissionais de saúde e cunhou este termo desde o ano 2000. Sachs[2,34] relata que “embora Wu inicialmente tenha discutido a segunda vítima em relação ao dano ao paciente após um erro médico, o termo foi expandido para incluir o peso da ansiedade, depressão e vergonha que qualquer profissional de saúde sente após qualquer experiência traumática adversa e/ou inesperada de atendimento ao paciente”.

Mas, de fato, as instituições de saúde observam com cuidado as determinações legais e possibilitam o acolhimento da segunda vítima?

OBJETIVOS

Apreender a percepção dos gestores da área da saúde sobre a segunda vítima e compreender as estratégias adotadas pelos gestores da saúde quanto ao apoio e acolhimento à segunda vítima.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O presente estudo constitui-se em uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, direta, com entrevista em profundidade**.**

A pesquisa foi realizada em Instituição de saúde da região sudeste de São Paulo. O projeto foi encaminhado a um Comitê de Ética em Pesquisa, e recebeu parecer favorável, sob o nº 59282222.9.0000.5580.

Os participantes desta pesquisa são profissionais gestores da instituição pesquisada, sendo eles: diretor executivo, diretor técnico, diretor clínico, coordenador do núcleo de segurança do paciente, coordenadores e supervisores de enfermagem, com um total de 12 profissionais participantes. Após a ciência dos participantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram convidados à entrevista individualizada, para a obtenção das informações que foram então compiladas e organizadas para análise.

Para a análise das informações foram utilizadas as etapas da referencial teórico de Bardin(2006)[3].

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes foram identificados como G1, G2 e assim sucessivamente. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, nas quais abordaram-se as mesmas temáticas. As entrevistas foram transcritas na íntegra com a organização textual para favorecer o processo categorial.

Entre os 12 gestores de saúde que participaram, cinco eram do sexo masculino e sete do sexo feminino. Em relação ao tempo de formação profissional, 2 possuíam entre 6 a 9 anos de atuação, 10 maior que 10 anos. Quanto à atuação no cargo, 11 possuíam entre 1 a 5 anos de atuação no cargo, 1 entre 6 a 9 anos. Destaca-se sobre o tempo de formação profissional, que 10 dos participantes são formados há mais de 10 anos representando 83,33%.

Após leituras e releituras e impregnação dos discursos, iniciamos a categorização, que significa a classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e por reagrupamento.

A categorização iniciou-se a partir da definição da categoria ‘Segunda vítima: Gestores em Saúde’ e desta foram apreendidas três subcategorias:

1- Cultura da segurança e prática profissional,

2- Gestão e prática do acolhimento e Gestores em saúde e

3- Competências na abordagem a segunda vítima as quais são detalhadas a seguir.

SUBCATEGORIA 1: Cultura da segurança e prática profissional

Ao realizar as entrevistas, buscamos ativar em cada partícipe, a percepção do profissional gestor sobre a segunda vítima, no sentido de perceber como o conhecimento sobre o assunto abordado contribui para o desempenho da gestão local acerca do tema.

A subcategoria 1, apresenta uma Unidade de Significação: competência do profissional de saúde na segurança do paciente., que emergiu na descrição em que os participantes indicam a falta de conhecimento, cultura e atenção dos profissionais de saúde em relação à segunda vítima.

Ao serem questionados, os partícipes descreveram:

Acho que é algo um pouco complexo dos 2 lados. Porque é quando existe um erro do lado do funcionário, existem fatores que fazem que se inicie esses erros. Por exemplo, ninguém erra porque quer, às vezes erra por algum motivo de falta de conhecimento[...] (G2).

As falas ilustram problemas relacionados à falta da cultura da segurança do paciente, enfatizando que o profissional precisa entender como ocorrem os processos, e que fatores como a falta de conhecimento seria um gatilho para erros, demonstrando que a base conceitual para esse assunto, ainda é pouco explorada pelos profissionais da área da saúde e gestores.

A classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS) categoriza a segurança do paciente como o ato de melhorar, evitar ou prevenir eventos adversos ou erros em consequência do atendimento em saúde.[4]

Percebe-se a necessidade dos gestores em saúde e profissionais, em agir de maneira competente diante das situações envolvidas na segurança do paciente e segunda vítima, e que para isso, o indivíduo necessita saber o que precisa ser feito, como fazer e querer fazer.

SUBCATEGORIA 2: Gestão e Prática do Acolhimento

Desta subcategoria 2 emergiram duas Unidades de Significação:

1- Experiência no acolhimento dos profissionais de saúde

2- Essencialidades para o acolhimento

A experiência no acolhimento dos profissionais de saúde aliado à gestão é

referida como um problema de aproximação, e com o olhar voltado a dimensão humana envolvendo aspectos éticos, para que o profissional de saúde e a gestão, estejam alinhados no seu papel frente ao evento ocorrido e à responsabilidade consciente e humanizada. A seguir, a fala de um dos partícipes ilustra tal situação:

Sobre essa pergunta eu creio que temos que olhar para um lado mais humano, se é um profissional competente, profissional que ajuda, aquele profissional que está empenhado. Se ocorreu esse deslize, tem que ver a parte também emocional para ver o que está passando. De repente tem muita coisa passando na vida dele, que ele não exterioriza. (G3).

Em muitos casos, os profissionais de saúde acabam sendo deixados de lado por gestores que focam apenas em conseguir cumprir os processos estabelecidos com objetivo técnico. No discurso a seguir, podemos perceber o déficit e falta de estratégias do processo de acolher, e a preocupação na técnica dos processos, emanadas por uma cultura em que reduz a importância dos diferentes aspectos humanos, e que impactará em todas as partes envolvidas.

Observo que por vezes os profissionais de saúde e nós gestores, podemos ser tão vítimas quanto a primeira vítima, por tal motivo devemos levantar todos os pontos a fim de descobrir a falha. (G12).

Neste sentido, observamos que o acolhimento possui elementos fundamentais e que fazem parte do processo construtivo de uma nova prática em saúde, visando a melhor forma de aproximar o indivíduo para reconhecimento de suas diferenças.

Dentre os elementos compreendidos nos discursos, observa-se que as essencialidades estão aliadas a um conjunto de competências importantes envolvendo comunicação, avaliação e desempenho, para que o profissional consiga exercer o acolhimento com boa qualidade e eficácia.

SUBCATEGORIA 3: Gestão e Prática do Acolhimento

A Unidade de Significação Apoio institucional à segunda vítima, estabeleceu-se pelas reflexões durante a entrevista, em que os participantes expuseram suas significações e opiniões referindo-se ora à falta de direcionamento a um local específico, ora ao apoio institucional à segunda vítima durante o evento ocorrido.

Tal fato fica evidente nos discursos a seguir, como a necessidade de uma equipe e local adequado para este apoio e abordagem.

Hoje, na nossa instituição, a gente não tem um acolhimento direcionado a esse profissional, a uma segunda vítima. (G8).

Atualmente em nosso serviço não há um local ou profissional específico para realizar esse acolhimento. (G9).

Neste sentido, percebe-se a importância do papel das instituições tanto para a gestão quanto a profissionais de saúde, ao qual necessitam de uma estrutura bem-organizada e definida durante a ocorrência dos eventos adversos.

O apoio institucional desempenha um papel indispensável para estruturação emocional, física e profissional dos colaboradores como parte do processo de implantação de uma cultura da segurança. No Brasil não há programas que ofereçam suporte para a situação. Normalmente se valida a cultura punitiva e tóxica nas organizações de saúde, como pode ser evidenciado nos discursos.[5] O gestor conhece o problema, mas está inerte e se exclui da situação,

deixando o peso para os protocolos, para a Organização que mantem a instituição, livrando-se do papel de liderança e da iniciativa assertiva própria do cargo de gestão.

Embora o tempo de profissão seja alto no grupo de gestores, não há evidências que a maturidade profissional venha acompanhando o assunto tratado. Ainda há um certo olhar menos humano e mais administrativo quando se trata da segunda vítima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio das significações apreendidas pelos discursos, a experiência vivenciada relacionada à segunda vítima, denota-se que há paradigmas a serem derrubados e conceitos distintos a serem refletidos, seja na gestão ou como profissional de saúde.

A melhoria do acolhimento à segunda vítima durante o processo do evento adverso na instituição requer a interligação de essencialidades e competências, fortalecendo os elos entre o colaborador/instituição e gestão/profissionais de saúde. É fundamental que os colaboradores sejam apoiados integralmente pelas instituições, que buscam o aprimoramento humanizado de seu pessoal e o oferecimento humanizado da atenção à saúde.

A gestão em saúde da segunda vítima está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento dos profissionais na compreensão de seus papéis, demandando estratégias que envolvam capacitações, diálogos incentivadores e outras medidas dinâmicas que abrangem diferentes dimensões, como a dimensão humana e ética.

A atuação profissional nesta temática envolve a gestão, certamente. Contudo, há que se desenvolver sistematicamente a reflexão propositiva, com conceitos voltados a gestão humanizada, gestão por resultados e habilidades de alto nível onde a comunicação, acolhimento, avaliação, pausa na ação para pensar melhor, reflexão na ação, definição de problemas, resolução de problemas, são aspectos que deveriam permear a qualidade das atribuições designadas no “fazer” saúde.

Entende-se a partir dos depoimentos, que há indicação da necessidade do apoio de gestores e da instituição de saúde para acompanhar o profissional de saúde quando “segunda vítima” em eventos adversos.

Em suma, este estudo sobre a segunda vítima possibilitou a multiplicação de conhecimentos, a interconexão de experiências vivenciadas no dia a dia e auxiliou na discussão das dificuldades, dores, facilidades, expectativas e constante busca pela identidade profissional e o papel dos gestores.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1- WHO. World Health Organization. [Internet]. Segurança do paciente**;** **2005.**Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety. Acesso em 03 de fevereiro de 2023.

2- Sachs CJ, Wheaton N. Second Victim Syndrome. 2022, In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 34283460.

3- Bardin, L. (2006). Análise de conteúdo . Lisboa: Edições 70.

4- Matiello, R. D. C.et al. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. CogitareEnferm, [Internet] 2016; Acesso em: 2 fev. 2023: (21):1, 1-9.Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1495/45408-184742-1-pb.pdf.

5- Bohomol E**.** Promoting professional safety in addition to patient safety. Acta Paul Enferm, [Internet] 2019, Acesso em 12 de dezembro de 2022:(32):5,6-8. Disponível em: https://acta-ape.org/en/article/promoting-professional-safety-in-addition-to-patient-safety/

AUTORES/AUTHORS:

García Ruiz, Rocío (Hospital Universitario Ramón y Cajal); Jiménez García, Víctor Manuel (Hospital Universitario Virgen Macarena); Naharro Álvarez, Alonso (Centro de Emergencias Sanitarias 061); Fernández García, Elena (Universidad de Sevilla); Reguera García, Cristina (Universidad de Sevilla); Cordero Rodríguez, Rocío Del Pilar (Distrito Sanitario Sevilla-Aljarafe); Sanabria Delgado, David (Hospital Universitario Virgen Macarena); Lázaro Martínez, Sara (Gerencia Atención Primaria de Tenerife); Barrientos Trigo, Sergio (Universidad de Sevilla).

TÍTULO/TITLE:

Aplicaciones de la complejidad de cuidados en el paciente hospitalizado: una revisión rápida

Palabras claves:

"Care complexity"; "Complexity of care"; "rapid review"; "inpatient"; "hospitalized patient"; "hospitalization"

Objetivo

Analizar las aplicaciones de la complejidad de cuidados a la práctica clínica en el paciente

hospitalizado

Métodos

Se ha realizado una *rapid review*, método encaminado a desarrollar políticas y cambios en la práctica de forma rápida y sustentada. Se realizó una búsqueda por pares en las bases de datos CINAHL, PubMed, SCOPUS, siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA. Se incluyeron artículos publicados entre 2013 y 2022. Para la extracción y síntesis se elaboró una tabla que incluía: (1) Características generales: país, diseño, paciente, unidad; (2) Aplicaciones prácticas: Aplica una herramienta, define conceptualmente, aplica un modelo, otros; (3) Aplicaciones de la Complejidad de Cuidados (CC): descripción/explicación de las aplicaciones a la práctica clínica; y (4) Comparativa entre distintos tipos de paciente.

Resultados

Se obtuvieron 1054 artículos, de los cuales se incluyeron 756 que, tras la revisión se analizaron 29 artículos. Hasta 12 países diferentes estuvieron presentes entre los que destaca Italia (27,5%). Respecto al diseño, un 27,5% de los estudios fueron cuantitativos que principalmente consistieron en aplicación de instrumentos de CC. A nivel hospitalario, las unidades más habituales fueron: Paliativos (24,1%), Pediátricos (3,4%),

Cuidados Críticos (10,3%) y Hospitalizados en general (48,3%)
Para las aplicaciones, se agruparon en 4 temáticas: validar un instrumento (34,4%), aplicar un modelo de CC (31%), definir la CC (31%) y otras temáticas como la gestión de recursos humanos (13,8%). Las principales aplicaciones son

optimizar la dotación de recursos humanos, determinar el efecto de la CC del paciente en el tiempo de estancia hospitalaria, describir los resultados en salud y clasificar los grados de complejidad asistencial.

Discusión:

No existe una definición estandarizada de complejidad de cuidados y del mismo modo, tampoco la CC hospitalaria está consensuada. Eso sí, 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.

En las aplicaciones prácticas, estas han sido diversas y en ocasiones divergentes. Existe cierta tendencia a cuantificar la CC, aunque con diferentes herramientas y dimensiones. Así una serie de herramientas miden la complejidad desde la dimensión del paciente, como la escala *Charlson Comorbidity índex* que lo hace a través de la comorbilidad, o la *Modifief Early Warning Score* que se basa en la agudeza clínica. Desde el punto de vista psicosocial, el método Instrumento de Medicina Interdisciplinaria (INTERMED) o el Instrumento Diagnóstico de CC Paliativos (IDC-PAL) se utilizan para clasificar el grado de complejidad asistencial. Por otro lado, desde la dimensión profesional, se cuantifica la CC a través de un sistema de información de enfermería clínica contribuyendo a la construcción del Conjunto Mínimo de Datos y de Instrumentos de Valoración Profesional, entre otros . A destacar la *índex of Caring Complexity* que mezcla aspectos de dependencia e inestabilidad clínica.

En la comparativa entre pacientes, la hospitalización general se centra en el adulto mayor con factores como comorbilidad, fragilidad y dependencia. Aquí se focaliza en la estratificación de nivel de complejidad para la distribución de recursos utilizando datos exportables de forma retrospectiva desde la historia clínica. En el paciente crítico, destaca la utilización de escalas basadas en el soporte asistencial, los recursos consumidos y la agudeza clínica. En paliativos destacan la incorporación de factores relacionados del entorno del paciente y su familia. Y el paciente pediátrico muestra ciertas similitudes con los otros tres, también se centra en la dependencia aunque ésta esté directamente relacionada con la edad y la agudeza clínica del paciente, los recursos consumidos y los factores relacionados con el entorno dándole un papel importante a la familia y el apoyo social. Cabe destacar que la medición de la CC en pacientes críticos pediátricos se realiza a través de la descripción y cuantificación de las cargas de trabajo cognitivas del personal de enfermería.

Obtener datos sobre la carga de trabajo relacionada con la CC así como clasificar a los pacientes en categorías de complejidad de cuidados permitirá adecuar el personal asistencial según necesidades reales del paciente, así como aportar información para apoyar decisiones relativas a diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería. Se podrá evaluar también el impacto de los cuidados de enfermería en los resultados de los pacientes. La identificación y clasificación de pacientes con necesidades complejas tiene el potencial de facilitar debates centrados en el paciente, mejorar la atención clínica multidimensional y planificación de servicios de salud.

Evaluar de forma integral, rápida y objetiva la complejidad de los pacientes permitirá optimizar los recursos y discernir entre pacientes que pueden ser atendidos por recursos convencionales y aquellos que precisarían recursos avanzados.

Determinar la complejidad del paciente como un concepto multidimensional donde no solo se contemple condición médica, sino que implica un conjunto de dominios individuales que interaccionan entre sí como son las circunstancias socioeconómicas, culturales, conductuales y ambientales, contribuirá a la definición de las condiciones de los pacientes correlacionándose con los resultados en salud. Estos resultados en salud pueden venir definidos como la estancia hospitalaria o la readmisión hospitalaria.

La CC tiene un impacto considerable en la eficiencia y calidad de los cuidados de enfermería. Por tanto, estudiar los factores que afectan a la CC contribuirá a mejorar los efectos de los cuidados de enfermería y promover la recuperación del paciente.

El concepto de complejidad de cuidados ha sido generalmente confundido con la carga de trabajo de enfermería incluyendo gravedad de enfermedad, niveles de dependencia de cuidados de enfermería y tiempo dedicado a los cuidados de enfermería. No obstante, entre los principales factores que afectan a la CC nos encontramos: pacientes, enfermeras y organización y equipamiento hospitalario.

Con respecto a los pacientes el estado de salud, la edad, las capacidades de autocuidado, la adherencia al tratamiento, el apoyo social, el estado mental y las expectativas tienen impactos considerables en la CC. Evaluando el estado y la edad de los pacientes, incluida la gravedad de la enfermedad, el tipo de enfermedad, las comorbilidades y complicaciones, obtendremos la categoría central de complejidad del cuidado. Los pacientes con pocas habilidades de autocuidado aumentará la CC. El apoyo social, que incluye apoyo financiero y la presencia física de la familia tendrá también influencia en la CC, los pacientes cooperan con los sanitarios cuando están acompañados por familiares, lo cual reduce la carga de trabajo de enfermería y por tanto, reduce la CC. El estado mental de los pacientes influye en sus expectativas y comunicación con las enfermeras, así cuando los resultados terapéuticos son pobres, el paciente desahoga su enfado y queja sobre las enfermeras, aumentando la complejidad en la atención.

En cuanto a las enfermeras, influirá la experiencia, donde una enfermera con amplia experiencia laboral tendrá habilidades para tratar con situaciones de emergencia. Las habilidades de comunicación, las capacidades de cuidar y la humanidad, reducirán la CC.

Las condiciones de los servicios médicos y hospitalarios, la cooperación de varios departamentos hospitalarios y el apoyo de logística son generalmente eficaces y también reducen la CC.

La creciente complejidad de la atención al paciente es, en primer lugar, una manifestación del empeoramiento de las condiciones de los pacientes, lo que ilustra las crecientes demandas de cuidados y comunicación de enfermería. Se deben tomar medidas médicas e intervenciones de enfermería adicionales. En segundo lugar, la creciente complejidad de la atención de enfermería implica una mayor carga de trabajo de enfermería e intensidad de los cuidados de enfermería; y en tercer lugar, el aumento de la complejidad de la atención y del trabajo de enfermería aumenta la utilización de los recursos médicos y del personal de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Adamuz, J., Juve-Udina, M. E., Gonzalez-Samartino, M., Jimenez-Martinez, E., Tapia-Perez, M., Lopez-Jimenez, M. M., Romero-Garcia, M., & Delgado-Hito, P. (2020). Care complexity individual factors associated with adverse events and in-hospital mortality. *PLoS ONE*, *15*(7), 1–16. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236370

Bradshaw, L. E., Goldberg, S. E., Lewis, S. A., Whittamore, K., Gladman, J. R. F. F., Jones, R. G., & Harwood, R. H. (2013). Six-month outcomes following an emergency hospital admission for older adults with co-morbid mental health problems indicate complexity of care needs. *Age and Ageing*, *42*(5), 582–588. https://doi.org/10.1093/ageing/aft074

Bravetti, C., Cocchieri, A., D'Agostino, F., Vellone, E., Alvaro, R., & Zega, M. (2018). A nursing clinical information system for the assessment of the complexity of care. *Annali Di Igiene*, *30*(5), 410–420. https://doi.org/10.7416/ai.2018.2241

Connor, J. A., LaGrasta, C., & Hickey, P. A. (2015). Complexity assessment and monitoring to ensure optimal outcomes tool formeasuring pediatric critical care nuring. *American Journal of Critical Care*. http://0-web.b.ebscohost.com.fama.us.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=59f2ece4-6be9-414e-b097-52f03776dfe2%40sessionmgr120

Huang, B., Li, H., Chen, M., Lin, N., & Wang, Z. (2019). Theoretical framework construction on care complexity in Chinese hospitals: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Sciences*, *6*(2), 192–197. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.03.011

Ozello-Gutierrez, B. A., Salmazo da Silva, H., Eri Shimizu, H., Gutierrez, B. A. O., Silva, H. S. da, & Shimizu, H. E. (2014). Biopsychosocial aspects and the complexity of care of hospitalized elderly. *Acta Paulista de Enfermagem*, *27*(5), 427–433. https://doi.org/10.1590/19820194201400071

Salvador-Comino, M. R., Garrido-Torres, N., Perea-Cejudo, I., Martín-Roselló, M. luisa, Regife-García, V., & Fernández-López, A. (2017). The value of the Diagnostic Tool for Complexity in Palliative Care for the assessment of palliative patients. *Medicina Paliativa*, *24*(4), 196–203. https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.01.003

Salvatore, F.-P., & Fanelli, S. (2020). Patient-related complexity of care in healthcare organizations: A management and evaluation model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(3463). https://doi.org/10.3390/ijerph17103463

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.

AUTORES/AUTHORS:

Denise Elvira Pires de Pires, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil Orcid 0000-0002-1754-0922

Thayse Aparecida Palhano de Melo, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil Orcid 0000-0003-4832-6280

Mariana Mendes, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil Orcid 0000-0003-2396-9845

Rosani Ramos Machado, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil Orcid 0000-0001-8287-4171

Jacks Soratto, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Brasil Orcid 0000-0002-1339-7268

TÍTULO/TITLE:

Cargas de trabalho de gestores que atuam na Atenção Primária à Saúde, no Brasil Workloads of managers working in Primary Health Care in Brazil

Palavras-chave

Gestor de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Carga de trabalho. Saúde do Trabalhador.

Palabras clave:

Gestor de Salud. Estrategia de Salud Familiar. Atención Primaria de Salud. Carga de Trabajo. Salud del Trabajador.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido considerada central para a efetivação de sistemas de saúde universais e resolutivos[1]. No Brasil, a partir de 2006, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)[2], a APS se expressa institucionalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), integrando o Sistema Único de Saúde (SUS).

A ESF tem sido considerada um modelo inovador e promissor para a organização da APS brasileira, ao mesmo tempo que contribui para a efetivação do SUS[3-5]. Contudo, enfrenta desafios para garantir atenção integral, equânime e resolutiva, assim como a universalidade do acesso. Dados do Ministério da Saúde, de 2020, registravam que somente 63.87% da população brasileira tinham equipes de ESF[6].

Para a consolidação da APS e do SUS, vários problemas precisam ser enfrentados, dentre eles destacam-se a necessidade de melhorias na gestão e o déficit crônico de financiamento[4,7]. Problemas na gestão do serviço e a falta de apoio gerencial às equipes de Saúde da Família (eSF) podem contribuir para o aumento das cargas de trabalho dos profissionais e comprometer a qualidade da assistência prestada à população[8].

Considerando a importância de uma gestão comprometida com os preceitos da APS, olhar para o trabalho do gestor constitui-se em um caminho promissor. É importante compreender aspectos do trabalho dos gestores que são protetores e contribuem para a saúde dos mesmos, assim como os que são geradores de desgastes e adoecimentos.

A relação entre processo de trabalho, cargas e saúde do trabalhador consiste no fundamento da teorização de Laurell e Noriega (1989)[9]. Segundo estes autores, é fundamental partir da análise do processo de trabalho para identificar elementos deste processo "que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste ou adoecimento"[9:110]. Processo de trabalho entendido como: "a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; e os meios, o instrumental de trabalho"[10:212].

Neste contexto, o estudo teve como objetivo identificar fatores/aspectos do processo de trabalho, na Atenção Primária à Saúde, geradores de redução e aumento das cargas de trabalho de gestores de unidades assistenciais locais.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, realizada com 35 gestores de unidades assistenciais locais que atuavam na ESF, incluindo as cinco regiões do Brasil.

Os dados foram coletados, no período de 2014 a 2019, por meio de entrevistas, orientadas por roteiro semiestruturado. As entrevistas tiveram duração média de uma hora, foram gravadas com autorização dos participantes, posteriormente transcritas e armazenadas no *software* ATLAS.ti.

Os achados foram analisados com base na Análise de Conteúdo Temática utilizando recursos do software[11]. No processo de análise, identificou-se unidades de significado que caracterizavam redução e aumento das cargas, a elas foram atribuídos códigos identificadores. Posteriormente, os códigos foram associados em grupos conforme temas convergentes e interpretados triangulando os referenciais teóricos de processo de trabalho[10] e cargas de trabalho[9].

A pesquisa respeitou os preceitos éticos para pesquisas com seres humanos, foi aprovada no Comitê de Ética da Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil, e obteve-se o consentimento informado dos participantes. Para garantia do anonimato utilizou-se: G (Gestor), seguida das abreviaturas (A=Administrador; E=Enfermeiro; F=Farmacêutico; Acs=Agente Comunitário de Saúde; N=Nutricionista; O= Odontólogo; P=Psicólogo; Soc=Sociólogo; Te=Técnico de Enfermagem), mais a sigla da região participante (N=Norte; NE=Nordeste; CO=Centro-oeste; S=Sul; SE=Sudeste) e número de ordem (exemplo GESE1; GAdmN2).

RESULTADOS

A maioria dos participantes foi do sexo feminino (74,3%), idade entre 20 a 40 anos (54,3%), profissão, enfermeiro (71,4%) e concursados/estatutários (57,1%); 100% cumprem jornada de trabalho semanal, na ESF, de 40 horas; e 34,3% relataram realizar acúmulo de função, associando assistência e gestão (destes 83,3% eram enfermeiros).

Os achados foram organizados em duas categorias analíticas: fatores/aspectos do processo de trabalho que contribuem para a redução e para o aumento das CT de gestores de unidades assistenciais da APS.

Fatores/aspectos do processo de trabalho que contribuem para redução das CT

Dentre os mais significativos para a redução das CT dos gestores, identificou-se fatores relacionados: ao resultado do trabalho na APS; a quem realiza o trabalho (força de trabalho); ao objeto(s) de trabalho dos gestores; e aos instrumentos de trabalho.

No que se refere aos resultados do trabalho do gestor, destacaram-se: a realização de gestão participativa e compartilhada com os profissionais da ESF, usuários dos serviços e Conselho Local de Saúde; melhorar a resolutividade e qualidade dos atendimentos, assim como contribuir para melhorar os indicadores de saúde da população. Dentre os relacionados à força de trabalho (quem realiza a gestão), destacaram-se: “gostar do que faz” e acreditar na importância do fortalecimento da APS e do SUS; e sentir-se reconhecido pelo trabalho realizado.

> Satisfação de ver o paciente com a questão que ele veio nos procurar resolvida. Me deixa muito satisfeita quando a gente consegue dar uma resolubilidade (GEN3).
>
> [...] ver os indicadores positivos, o crescimento dos indicadores [...] cada vez mais acima da meta (GESE3).
>
> Eu acredito na Atenção Primária [...] Eu gosto do que eu faço! (GECO1).
>
> É você ver frutos de coisas que você realmente esteve presente na construção. [...] fruto das discussões que você sabe que conseguiu contribuir, [...] revigora a vontade de estar ali (GESE1).Dentre os aspectos, relacionados aos objetos de trabalho (a quem se dirige/o que é transformado pelo trabalho dos gestores) e aos meios (instrumentos) de trabalho, tiveram destaque: as boas relações interpessoais com as equipes, usuários dos serviços e familiares; o uso de ferramentas de gestão participativa e contar com suporte da gestão municipal; e quando há instrumentos, recursos materiais adequados.
>
> Temos uma excelente relação de trabalho, todos trabalham de forma cooperada. [...] Se falta um médico, o outro atende os pacientes do colega faltante. Fico satisfeito em ver que tenho uma equipe unida e bem realizada (GES6).
>
> Tenho um bom relacionamento na minha área. Nunca tive problemas com as pessoas durante esse tempo todo que tenho de trabalho, [...] isso eleva minha auto-estima, porque a gente sente que é querido. [...] A gente olha para o público que está atendendo e vê que eles estão valorizando, estão reconhecendo nosso trabalho, isso não tem preço (GEN4).
>
> Contribui reduzindo essas cargas, porque o acesso à internet através de um computador é essencial para execução do meu trabalho. [...] Eu trabalho constantemente enviando e-mails e planilhas, avaliando o prontuário eletrônico e a utilização das minhas equipes no prontuário eletrônico. Sem essa ferramenta seria muito mais difícil de trabalhar (GESE8).

Fatores/aspectos do processo de trabalho, que contribuem para o aumento das CT

Os fatores/aspectos geradores de aumento das CT foram bastante significativos e múltiplos (63 códigos atribuídos), com destaque para os que se relacionam a outras instâncias de gestão do sistema de saúde e às equipes e usuários do serviço.

Dentre os problemas relacionados a outras instâncias de gestão do sistema de saúde destacam-se: falta ou inadequação de recursos materiais e financeiros; falta de suporte e excesso de demandas pelas instâncias superiores; déficit de recursos humanos (número e rotatividade); falta ou pouca autonomia; interferência política; não conseguir cumprir o planejado pelo excesso de demandas.

> Contribui para o aumento da carga essa questão de você não conseguir fazer gestão de insumos, gestão de materiais. Porque nem sempre tem insumos, nem sempre tem material, você sempre tem que estar se virando com o que tem (GECO4-DF).
>
> Toda a demanda que chega é para ontem. E aí cabe ao gerente definir qual é mais para ontem, do que a outra que chegou. Independente de qual você vai priorizar, [...] vai ser cobrada como se tivesse sido um descaso, porque aquela ali deveria ter sido prioridade. [...], isso bagunça o teu planejamento da semana inteira [...] vai acumulando. Sabe aquela sensação que tu não está dando conta daquelas coisas que deveria? (GESE1).

Dentre os relacionados às equipes e usuários do serviço, destacaram-se como geradores de aumento das CT: mediação de conflitos; dificuldades no comprometimento dos trabalhadores; problemas nas relações com usuários dos serviços; e dificuldades no manejo de problemas existentes no território, incluindo a vulnerabilidade social.

> O que mais me incomoda é a falta de compromisso dos trabalhadores. É isso que gera insatisfação do usuário. [...] Muitas vezes é problema de comunicação. Aumenta as cargas, [porque] muitas vezes tenho que fazer articulação (GES8).
>
> O que mais incomoda é a mediação dos conflitos [...] As queixas são as mesmas, todos os dias você escuta. Até as pessoas, você sabe. A gente tem uma clientela cativa, toda semana está aqui (GSocNE2).
>
> Em função do perigo que se tem aqui. A unidade já foi assaltada. O sujeito entrou, pediu pra todo mundo sair, queria falar com a diretora, aí (disse): “me dê seu celular, me dê seu dinheiro”. [...] Uma outra servidora sofreu um tiro quando ia para casa (GSocNE2).

DISCUSSÃO

Neste estudo, a APS foi entendida como uma inovação tecnológica não material de reorganização do trabalho, por incluir uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e trabalho em equipe multiprofissional, com trocas interdisciplinares e/ou interprofissionais, para atender necessidades de saúde de indivíduos e grupos que residem em área geográfica definida[3-12].

O governo brasileiro assume a ESF como uma proposta de reorganização do sistema de saúde na perspectiva da universalidade de acesso e resolução de necessidades em saúde[5]. E, os achados desta pesquisa aproximam-se do encontrado na literatura[8,13] sinalizando que equipes e gestores de unidades locais influenciam no sucesso do modelo inovador, embora enfrentem múltiplos desafios para realização de um trabalho mais resolutivo e eficiente.

Os resultados da pesquisa mostram que o trabalho de coordenar e prover condições para a efetivação da APS, como modelo estruturante da atenção à saúde, é central e complexo. E que, na realização do trabalho, ocorre uma relação dialética em relação às CT, com aspectos que geram redução e, também, aumento das mesmas.

Conhecimento e crença na potencialidade do modelo assistencial da APS contribuem para redução das CT dos gestores. Os achados mostraram, ainda, que a disponibilidade de recursos estruturais, número adequado de profissionais nas equipes e apoio das diferentes instâncias de gestão reduzem as CT, o que também foi encontrado em outros estudos[8,13].

No entanto, problemas relacionados aos modos de organização, condições e relações de trabalho geram aumento das CT daqueles que têm a responsabilidade de fazer a gestão das unidades locais da APS. Além disso, as dificuldades em gerenciar o excesso e a complexidade das demandas administrativas, juntamente com os problemas oriundos do território e das equipes, também geram aumento das CT. Estudos[8,13] reconhecem que investir em melhores condições de trabalho pode contribuir para reduzir as CT.

Dar luz às cargas de trabalho dos gestores contribui para dar visibilidade a esse importante trabalho que têm a responsabilidade de efetivar os preceitos da APS, provendo uma prática clínica ampliada e mais resolutiva.

CONCLUSÃO

Apesar da complexidade e desafios para implementar um modelo assistencial contra-hegemônico, a crença na sua potencialidade contribuiu para redução das cargas dos gestores. No entanto, déficits estruturais e de condições de trabalho, associados a problemas político-financeiros e nas relações de trabalho, geraram aumento das cargas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
2. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436 22 09 2017.html
3. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. Texto contexto - enferm. 2015;24(2):584–92. https://doi.org/10.1590/0104-07072015001572014
4. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(6):1763–76. https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018
5. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;66(spe):158–64. https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020
6. Brasil. Sistema e-gestor [Internet]. Cobertura ESF em 2020 [acesso em 04 set 2023]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/

7. Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuiti LFC, Pires DEP, Ramos FRS. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. Texto contexto - enferm [Internet].2014;23(2):417–25. https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013

8. Pires DEP, Vandresen L, Forte ECN, Machado RR, Melo TAP. Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019;40:e20180216. https://doi.org/10.1590/1983- 1447.2019.20180216

9. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.Marx K. O capital: crítica da economia política. Livro I. (36ª ed). São Paulo: Civilização Brasileira; 2019.

10. Soratto J, Pires DEP, Friese S. Thematic content analysis using ATLAS.ti software: potentialities for researchs in health. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020;73(3):e20190250. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0250

11. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2015;20(6):1869–78. https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014

12. Biff D, Pires DEP, Forte ECN, Trindade LL, Machado RR, Amadigi FR, et al. Nurses' workload: lights and shadows in the Family Health Strategy. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020;25(1):147–58. https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28622019

Mesa 21: Desigualdad en salud
Session 21: Inequility in Health

AUTORES/AUTHORS:

Áxel De León Marcos. Universidad de Salamanca. Departamento de Sociología y Comunicación. ORCID: 0000-0003-3214-1329.

TÍTULO/TITLE:

La desigualdad de género en la realización de actividad física en la población adolescente.

PALABRAS CLAVE

Adolescentes; Desigualdad; Género; Actividad física; Metodología cualitativa

INTRODUCCIÓN

La actividad física entre los y las adolescentes desciende según van creciendo, siendo especialmente destacable en el caso femenino.

OBJETIVO

Estudiar la realización de actividad física entre la población adolescente adolescentes y las posibles desigualdades en la realización de la misma

Objetivo específico.E I1: Estudiar los factores que afectan a los patrones de actividad física entre la población adolescente

Objetivo específico II.E 2: Estudiar los motivos del mayor abandono en la realización de actividad física entre las adolescentes

METODOLOGÍA

Esta investigación se deriva del proyecto ADA (PID2020-113537RB-I00), que se centra en adolescentes y cómo la desigualdad afecta su relación con la actividad física y la alimentación.

Este estudio se basa en el paradigma interpretativo/constructivista para buscar múltiples perspectivas. El paradigma interpretativo/constructivista consiste en un diseño de estudio de casos combinado con el método de análisis de teoría fundamentada que permite la exploración en profundidad de los factores de la dieta y la actividad física dentro del contexto y la generación de un marco teórico o la complementación de la a una teoría ya consolidada.

Este estudio se basa en el análisis del comportamiento de los adolescentes en cuanto a la alimentación y la actividad física. La muestra de estudio (docentes, padres y adolescentes) proviene de centros educativos. Para la selección de estas escuelas, primero seleccionamos varios barrios de diferentes niveles socioeconómicos.

Muestreo de barrios

Madrid está organizado administrativamente en 21 distritos y 131 barrios. Bilbao, con una población registrada de casi 350,000 personas, está organizado administrativamente en ocho distritos y 40 barrios. Para muestrear los barrios, seguimos varios pasos:

1) Clasificación de todos los barrios en Madrid (n = 131) y Bilbao (n = 40) según su nivel socioeconómico. Utilizamos indicadores relacionados con el desempleo, el empleo temporal y a tiempo parcial, el nivel educativo, los residentes nacidos en el extranjero, las familias monoparentales y los ingresos familiares. Estos datos estaban disponibles en el sitio web del Ayuntamiento de Madrid y de Bilbao, a partir de bases de datos secundarias.

2) Construcción de la escala Estandarización de indicadores. Estandarizamos cada indicador utilizando puntuaciones Z, lo que permitió comparar datos que tienen diferentes unidades de medida o escalas; y realizamos una suma lineal no ponderada para obtener una puntuación para cada barrio. Luego estratificamos los barrios en de Madrid y Bilbao en terciles. El primer tercio incluye barrios con un alto nivel socioeconómico, el segundo tercio incluye barrios con un nivel socioeconómico medio y el tercer tercio incluye barrios con un bajo nivel socioeconómico. Este tipo de estandarización se ha utilizado en otros lugares.

3) Preselección de 13 barrios según su nivel socioeconómico en Madrid y 8 en Bilbao para garantizar la inscripción del máximo número posible de escuelas. Hicimos esto para minimizar posibles sesgos de selección y negativas a participar en el estudio. Entre los 13 barrios preseleccionados en Madrid, se seleccionaron finalmente 5 para el estudio cualitativo: 1 de bajo nivel socioeconómico; 2 de nivel socioeconómico medio; 2 de alto nivel socioeconómico. De los 8 barrios preseleccionados en Bilbao, se seleccionaron finalmente 5 para este estudio de casos: 2 de bajo nivel socioeconómico; 2 de nivel socioeconómico medio; y 1 de alto nivel socioeconómico. Los 5 barrios en ambas ciudades fueron seleccionados debido a las escuelas secundarias que quisieron participar en el estudio (muestra de conveniencia), asegurando que cada nivel socioeconómico estuviera representado.

Muestreo de centros

Primero, seleccionamos al menos dos centros por barrio para contactarlos. A continuación, una agencia profesional de investigación sociológica contactó a todos los centros, explicando los objetivos y métodos del estudio a sus directores. Estos directores reclutaron a los participantes en las escuelas, de acuerdo con los perfiles requeridos. Finalmente, incluimos 12 centros de educación secundaria (6 por ciudad).

Recolección de datos

Los datos se están recopilando a través de una combinación de entrevistas semiestructuradas (ESE) y grupos de discusión (GD). Estas dos técnicas se complementan entre sí y nos permiten capturar no solo percepciones individuales sobre los comportamientos alimentarios durante la adolescencia, sino también una visión colectiva, tanto

de la desde las percepción de la propia población adolescente, como de también desde las de deocentes y progenitores.

Primero, realizamos 12 (ES) con directores/as de institutos y colegios personal docente (se consideraron informantes clave) entre abril y octubre de 2021. Fueron entrevistados para obtener una visión integral del centro, el barrio y las dinámicas relacionadas con los comportamientos de estudiados entre los adolescentes. Posteriormente, se llevaron a cabo 3 entrevistas semiestructuradas con estudiantes de 15 a 18 años en cada ciudad (n = 6) como una especie de estudio piloto entre abril y mayo de 2022. En base a estas primeras 6 entrevistas semiestructuradas, se perfeccionó una guía de temas, tanto para las entrevistas semiestructuradas como para los grupos de discusión. Tanto las entrevistas semiestructuradas como los grupos de discusión que involucran adolescentes se han diseñado de acuerdo con perfiles específicos determinados por los siguientes criterios:tipo de centro educativo (público o privado), sexo, edad, curso escolar, estatus migratorio y grupo étnico.

El trabajo de campo comenzó en abril de 2022. Se han realizado 36 entrevistas semiestructuradas(12 alumnado, 12 progenitores, 12 informantes clave) y 24 grupos de discusión (12 informantes clave, 6 progenitores, 6 alumnos). Los GD constan de entre 5 y 8 participantes, llevándose a cabo en los centros seleccionados. Las entrevistas semiestructuradas duran entre 30 y 45 minutos mientras que los grupos de discusión entre 60 y 90 minutos. Sendas técnicas son supervisadas por investigadores de este proyecto.

Se diseñó una guía común para las entrevistas semiestructuradas y los grupos de enfoque, con ligeras variaciones dependiendo del grupo objetivo (adolescentes, padres o docentes). La guía incluyó temas como: datos sociodemográficos (edad, curso que se estudia; entorno familiar, composición familiar y nivel académico de los padres); características del barrio y el centro; infraestructura y situación del barrio; comportamientos alimentarios (dieta diaria, dieta de fin de semana, dieta familiar, dieta en el desayuno, almuerzo y cena); influencia del grupo de pares; influencia de la red; tipo de tiendas de alimentos donde compran los adolescentes; actividad física en la escuela; actividad física diaria y percepción del entorno y su influencia en la actividad física; influencia del confinamiento debido a la pandemia de Covid-19 en la dieta y la actividad física.

RESULTADOS

Además de otros muchos indicadores, como la clase social o la etnia, se ha demostrado claramente la importancia determinante que juega el género a la hora de la realización de actividad física no obligatoria.

Los resultados obtenidos en este estudio indican claramente una necesidad general de abordar y seguir investigando la cuestión de las diferencias de género en la participación en la actividad física, especialmente en las etapas de educación posobligatoria. Se observó una tendencia sorprendente que muestra que a medida que avanza la educación, las adolescentes tienen muchas más probabilidades que sus homólogos masculinos de abandonar la realización de actividad física en general al igual que en la participación de actividades regladas.

Es importante destacar que esta desigualdad de género se reduce no sólo por la mayor tasa de abandono en la realización de actividad física, sino también por una marcada subrepresentación de las mujeres tanto en los deportes formales como en los informales. La disminución de la actividad física entre las adolescentes durante su educación postobligatoria no se debe únicamente a factores culturales del contexto patriarcal , que sin duda desempeña un papel dominante. Otros ámbitos de responsabilidad también aportan una contribución significativa, como las tareas de cuidados o la necesidad de incluirse en el mercado laboral al mercado laboral, esta tendencia preocupante tiene lugar enes los segmentos socioeconómicos más bajos, por sus coyunturas particulares. Sin embargo, cabe destacar que la realidad del abandono de la actividad física en las adolescentes existe de forma clara en todos los segmentos socioeconómicos.

La investigación realizada ha confirmado que las estudiantes de todos los segmentos socioeconómicos muestran una clara tendencia a reducir su nivel de actividad física y participación en actividades deportivas a medida que avanzan en su educación, aunque por distintos motivos. Esta dinámica tiene una incidencia muy superior a la que se observa en sus compañeros. Esta desigualdad se traduce en una menor frecuencia y duración de la actividad física llevada a cabo por las adolescentes, así como en una disminución en la participación en deportes organizados, tanto en el contexto escolar como en el extracurricular.

CONCLUSIONES

Los resultados arrojados por esta investigación poner de manifiesto la necesidad urgente de implementar estrategias destinadas a impulsar igualdad de género en la realización de actividad física entre los sectores más jóvenes y, por lo tanto, vulnerables, de nuestra población. Este enfoque facilitará la prevención del incremento de la desigualdad que viene dado con el aumento en la edad, generando así la posibilidad de una sociedad más saludable e igualitaria.

La desigualdad marcada en la participación actividad físicas entre los y las adolescentes en base del género es una cuestión de vital importancia social y sanitaria ya que la promoción de conductas salutogénicas en la juventud determinará el comportamiento

adulto y la trasmisión de valores a las siguientes generaciones. Por ese motivo, la necesidad de intervenciones tempranas se demuestra fundamental para garantizar un correcto e igualitario desarrollo físico y psicosocial entre la población adolescente.

La necesidad de implementar políticas que fomenten la igualdad efectiva entre géneros a la hora de tener unas conductas saludables no es algo completamente necesario sólo desde el punto de vista de la justicia social, también es fundamental desde el punto de vista sanitario. De esta forma será más fácil garantizar que todos los segmentos de la población tengan las mismas oportunidades a la hora de conseguir un estado adecuado de salud, lo cual redundará en una mejora del bienestar social general y del sistema sanitario.

FINANCIACIÓN

El proyecto “Alimentación y desigualdad en adolescentes: un estudio cualitativo en centros educativos de Madrid y Bilbao (ADA) ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación en la convocatoria I+D+i de 2020.

COMITÉ ETICO

El estudio ADA fue aprobado por el Comité de Ética para las investigaciones con seres humanos de la UPV/EHU a fecha de 25 de noviembre de 2021 (acta 145/2021).

CONFLICTOS DE INTERÉS

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

AUTORES/AUTHORS:

Jesús Rivera Navarro[a] (jrivera@usal.es), Axel de León Marcos[a] (axeldeleonmarcos@usal.es), Ignacio de Loyola González Salgado[b] (ilgonsal@upo.es) y Guadalupe Ramos Truchero[c,d] (Guadalupe.ramos@uva.es)

a Departamento de Sociología y Comunicación. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Salamanca. Salamanca. jrivera@usal.es

b Departamento de Sociología. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.

c Departamento de Sociología, Universidad de Valladolid, Valladolid

TÍTULO/TITLE:

La desigualdad alimentaria en la enseñanza secundaria: patrones recurrentes.

Palabras clave: Metodología cualitativa; alimentación; desigualdades en salud; barrios, colegios.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad en relación con los determinantes sociales de la salud, en concreto con la alimentación. Esta vulnerabilidad aumenta a medida que descendemos en el gradiente social. La literatura nos indica que hay diferentes dimensiones que influyen en que a los adolescentes de unos estratos sociales u otros no tengan los mismos comportamientos alimentarios.

OBJETIVO

Analizar los factores de riesgo de la alimentación de los/as adolescentes, según el

diferente nivel socioeconómico en el que se encuentran

MÉTODOS

Esta investigación se deriva del proyecto ADA (PID2020-113537RB-I00), que se centra en el comportamiento alimentario de los adolescentes, desde la perspectiva de éstos, progenitores y docentes.

La muestra de estudio (docentes, padres y adolescentes) proviene de centros educativos. Para la selección de estas escuelas, primero seleccionamos varios barrios de diferentes niveles socioeconómicos.

Muestreo de barrios

Madrid está organizado administrativamente en 21 distritos y 131 barrios. Bilbao, está organizado administrativamente en ocho distritos y 40 barrios. Para muestrear los barrios, seguimos varios pasos:

1) Clasificación de todos los barrios en Madrid (n = 131) y Bilbao (n = 40) según su nivel socioeconómico. Utilizamos indicadores relacionados con el desempleo, el empleo temporal y a tiempo parcial, el nivel educativo, los residentes

nacidos en el extranjero, las familias monoparentales y los ingresos familiares. Estos datos están disponibles en el sitio web del Ayuntamiento de Madrid y de Bilbao.

1) Estandarización de indicadores. Estandarizamos cada indicador utilizando puntuaciones Z, lo que permitió comparar datos que tienen diferentes unidades de medida o escalas; y realizamos una suma lineal no ponderada para obtener una puntuación para cada barrio. Luego estratificamos los barrios de Madrid y Bilbao en terciles. El primer tercio incluye barrios con un alto nivel socioeconómico, el segundo tercio incluye barrios con un nivel socioeconómico medio y el tercer tercio incluye barrios con un bajo nivel socioeconómico. Este tipo de estandarización se ha utilizado en estudios precedentes.

2) Preselección de 13 barrios según su nivel socioeconómico en Madrid y 8 en Bilbao para garantizar la inscripción del máximo número posible de escuelas. Hicimos esto para minimizar posibles sesgos de selección y negativas a participar en el estudio. Entre los 13 barrios preseleccionados en Madrid, se seleccionaron finalmente 5 para el estudio cualitativo: 1 de bajo nivel socioeconómico; 2 de nivel socioeconómico medio; 2 de alto nivel socioeconómico. De los 8 barrios preseleccionados en Bilbao, se seleccionaron finalmente 5 para este estudio de casos: 2 de bajo nivel socioeconómico; 2 de nivel socioeconómico medio; y 1 de alto nivel socioeconómico. Los 5 barrios en ambas ciudades fueron seleccionados debido a las escuelas secundarias que quisieron participar en el estudio (muestra de conveniencia), asegurando que cada nivel socioeconómico estuviera representado.

Muestreo de centros

Primero, seleccionamos al menos dos centros por barrio para contactarlos. A continuación, una agencia profesional de investigación sociológica contactó a todos los centros, explicando los objetivos y métodos del estudio a sus directores. Estos directores reclutaron a los participantes en las escuelas, de acuerdo con los perfiles requeridos. Finalmente, incluimos 12 centros de educación secundaria (6 por ciudad).

Recolección de datos

Los datos se están recopilando a través de una combinación de entrevistas semiestructuradas (ESE) y grupos de discusión (GD). Estas dos técnicas se complementan entre sí y nos permiten capturar no solo percepciones individuales sobre los comportamientos alimentarios durante la adolescencia, sino también una visión colectiva, tanto de la población adolescente, como de docentes y progenitores.

Primero, realizamos 12 (ES) con directores/as de institutos y colegios (se consideraron informantes clave) entre abril y octubre de 2021. Fueron entrevistados para obtener una visión integral del centro, el barrio y las dinámicas relacionadas con los comportamientos de los adolescentes. Posteriormente, se llevaron a cabo 3 entrevistas semiestructuradas con estudiantes de 15 a 18 años en cada ciudad (n = 6) como una especie de estudio piloto entre abril y mayo de 2022. En base a estas primeras 6 ES, se perfeccionó una guía de temas, tanto para las ES como para los GD. Tanto las ES como los GD se han diseñado de acuerdo con perfiles específicos determinados por los

siguientes criterios: tipo de centro educativo (público o privado), sexo, edad, curso escolar, estatus migratorio y grupo étnico.

El trabajo de campo comenzó en abril de 2022. Se han realizado 36 ES y 24 GD. Los GD constan de entre 5 y 8 participantes, llevándose a cabo en los centros seleccionados. Las ES duran entre 30 y 45 minutos mientras que los GD entre 60 y 90 minutos. Sendas técnicas son supervisadas por investigadores de este proyecto.

Se diseñó una guía común para las ES y los GD, con ligeras variaciones dependiendo del grupo objetivo (adolescentes, padres o docentes). La guía incluyó temas como: características del barrio y el centro; infraestructura y situación del barrio; comportamientos alimentarios (dieta diaria, dieta de fin de semana, dieta familiar, dieta en el desayuno, almuerzo y cena); influencia del grupo de pares; influencia de la red; tipo de tiendas de alimentos donde compran los adolescentes; actividad física en la escuela; actividad física diaria y percepción del entorno y su influencia en la actividad física; influencia del confinamiento debido a la pandemia de Covid-19 en la dieta y la actividad física.

RESULTADOS

Encontramos factores determinantes del comportamiento alimentario comunes a todos los adolescentes en todos los niveles socioeconómicos, de esta forma, destacamos la ausencia de tiempo, que influía en los desayunos y en la preparación de las comidas, la influencia de los progenitores en los hábitos alimentarios (en algunos casos positivos y en otros negativos) y la influencia, normalmente, negativa de los grupos de pares. Hallamos también factores diferenciales, según el nivel socioeconómico, que determinaban la alimentación en los adolescentes, entre los que enfatizamos el entorno alimentario del instituto y del barrio donde se ubica el instituto, la accesibilidad a los alimentos procesados, el uso de redes sociales y herramientas digitales, en general y la realización de actividad física.

CONCLUSIONES

Existen factores individuales y sociales comunes a todos los niveles socioeconómicos y factores fundamentalmente comunitarios y del macrosistema que determinan el comportamiento alimentario en los diferentes niveles socioeconómicos.

La comprensión y el reconocimiento de estos factores pueden ser claves para el diseño de las políticas sociales y sanitarias que prevengan la salud integral de los/as adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 Beck AL, Iturralde E, Haya-Fisher J, Kim S, Keeton V, Fernandez A (2019). Barriers and facilitators to healthy eating among low-income Latino adolescents. Appetite, 138:215-222. doi:10.1016/j.appet.2019.04.004

2 Vio F, Olaya M, Yañez M, Montenegro E. (2020). Adolescents' perception of dietary behaviour in a public school in Chile: a focus groups study. BMC Public Health, 20(1):803. doi:10.1186/s12889-020-08908-x

3 McNamara R, Quinn R, Murrin C, Bel-Serrat S (2021). Teachers' perspectives on the barriers to healthy lifestyle behaviors among adolescent girls of disadvantaged backgrounds in Ireland: A qualitative study. Appetite, 167:105585. doi:10.1016/j.appet.2021.105585

4 Garrido-Fernández A, García-Padilla FM, Sánchez-Ramos JL, Gómez-Salgado J, Sosa-Cordobés E. (2020). The Family as an Actor in High School Students' Eating Habits: A Qualitative Research Study. Foods, 9(4):419. doi:10.3390/foods9040419

AUTORES/AUTHORS:

Caroline Filla Rosaneli – PUCPR, Curitiba, Paraná, Brasil

ORCID: 0000-0003-3710-5829

Mario Sanches – PUCPR, Curitiba, Paraná, Brasil

ORCID: 0000-0002-5794-2272

Leonardo Michelotto – PUCPR, Curitiba, Paraná, Brasil

ORCID: 0009-0005-1577-2219

Fernanda Deboni Ricciardi – PUCPR, Curitiba, Paraná, Brasil

ORCID: 0009-0000-3446-3992

TÍTULO/TITLE:

Jovens Brasileiros: Vulnerabilidades Ao Acesso A Saúde

Palavras-chave: Jovem; acesso a saúde; cuidado, proteção; Brasil.

As políticas públicas de saúde destinadas à juventude têm sido limitadas e restritas principalmente a questões sexuais, negligenciando temas cruciais, como a saúde mental, que é extremamente relevante e vulnerável durante a adolescência e juventude, período marcado por inúmeras mudanças físicas, comportamentais e sociais. Por vezes, o acesso aos cuidados de saúde da população jovem, não se adequarem à realidade dos mais de 47 milhões de jovens brasileiros (IBGE, 2022).

Os principais atendimentos aos jovens na rede pública de saúde no Brasil estão associados, à saúde sexual, mas expõe também que houve um crescimento no número de atendimento aos jovens em outros temas importantes como obesidade, desnutrição, uso de drogas e de álcool e saúde mental (Atlas das Juventudes, 2021).

As desigualdades sociais e econômicas revelam também barreiras no acesso à saúde, para minorias étnicas, refugiados, jovens infratores, e pessoas que se identificam como LGBTQIA+, que enfrentam questões de saúde mental, majoritariamente devido a estigma, exclusão social, discriminação e preconceito parte de sua família ou comunidade. Neste cenário, foi observado que o acesso à saúde é uma preocupação para os jovens brasileiros, pois as políticas públicas de saúde geralmente se concentram em questões sexuais, como prevenção da gravidez precoce e infecções sexualmente transmissíveis, deixando de lado outras demandas importantes igualmente presentes nessa faixa etária, como a saúde mental (Atlas das Juventudes, 2021).

Este estudo analisou as vulnerabilidades encontradas por jovens brasileiros ao acesso a saúde.

Para compreender melhor os obstáculos que os jovens enfrentam no acesso à saúde, foi realizada uma pesquisa utilizando uma revisão integrativa sobre o tema. Esse tipo de revisão possibilita uma visão mais ampla do assunto, pois reúne estudos com diferentes metodologias, permitindo a análise crítica e a incorporação de evidências sólidas sobre o assunto em questão (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

A questão norteadora para busca no percurso metodológico foi: Quais as dificuldades encontradas pelos jovens no acesso à saúde no Brasil?. As buscas aconteceram em 2 bases de dados brasileiras com os descritores, BIREME: “Jovens+acesso+saúde+Brasil” (n=523), “Adolescentes+acesso+saúde+Brasil” (n= 404). Para a base SCIELO.gov: “Jovens+acesso+saúde+Brasil” (n=16), “Adolescentes+acesso+saúde+Brasil” (n= 15).

Os seguintes filtros foram utilizados: 1. Texto completo; 2. Idioma: português; 3. Ano da publicação: 2013 a 2023. Na sequência, os estudos foram organizados e sumarizados em uma tabela com a finalidade de se formar um banco de dados. A exclusão de artigos foi considerada para artigos duplicados, textos que não focavam no grupo jovens e que não abordavam as dificuldades no acesso à saúde.

Houve a leitura integral dos artigos e seleção das dificuldades que permeiam o acesso do jovem à saúde. Palavras-chaves de cada artigo foram anotadas, sendo que mais de uma dificuldade pode ter sido mencionada em um mesmo artigo.

Um total 610 de artigos foram selecionados para primeira fase, após aplicar os critérios de exclusão por não se tratar do tema, 109 artigos foram selecionados para leitura integral. Para essa análise foram incluídos 78 artigos, após critérios de exclusão, e a seleção foi validada por 3 revisores.

Os achados foram categorizados em 3 vulnerabilidades seguindo critérios de Ayres et al (2006), considerando vulnerabilidade individual - capacidade de elaborar e incorporar informações no cotidiano sobre práticas de cuidado, social - significados, valores e interesses que remete a aspectos materiais, culturais, políticos, morais que dizem respeito à vida em sociedade, e programática - mediada pelas diversas instituições sociais e as circunstâncias oferecidas aos seres sociais.

Para a categoria individual os fatores de vulnerabilidades identificados em 26 dos 78 artigos foram na maioria relacionados a aspectos de comportamento individual como fator de risco (10 artigos), relações familiares e sociais (9), modo de vida (6) e crenças individuais (4) foram destacados pelos estudos analisados.

Para a categoria social, 55 artigos mencionam vulnerabilidades sociais associadas a dificuldade dos jovens ao acesso à saúde. Dentre as vulnerabilidades, o fator socioeconômico como fator limitante ao acesso (27), o acesso à informação (20), a educação também aparece com relevância dentre as vulnerabilidades sociais (18). Ainda outros fatores como racismo estrutural (7), identidade social (6), estigma sobre a adolescência (6), fatores culturais (5), baixa procura dos serviços de saúde pela juventude (4), desigualdade de gênero (3) e acesso à internet (2).

Nas vulnerabilidades programáticas 65 artigos fizeram menção, sendo que a maioria citou problemas na oferta de serviços (27 artigos), o que inclui filas, oferta de consultas e demora para conseguir atendimento. Também se destaca a falha na educação em saúde (22), e a localização dos serviços inacessíveis ou longe da casa (19). Também foram identificados planejamento precário do serviço de saúde (14), gestão governamental ineficiência para políticas públicas para a juventude (10), baixa qualidade na prestação do serviço de saúde (9), baixa qualificação profissional (9), falta de recursos humanos e físicos (9), ineficiência das políticas públicas (9), estrutura precária dos equipamentos de saúde (8), baixa eficiência de campanhas preventivas (8), incapacidade de atuação em equipe multidisciplinar e intersetorial (6), condições sanitárias precárias (3) e baixo investimento em pesquisa em saúde (3). Necessita-se politicas públicas eficazes para auxiliar esse ciclo de vida como forma de acolhimento e prevenção de futuras complicações de saúde.

Dessa forma, percebendo que a saúde dos jovens engloba múltiplos domínios, incluindo o físico, social, emocional, cognitivo e intelectual, e considerando que a população jovem corresponde a cerca de 47% da população brasileira (IBGE, 2022), é fundamental realizar estudos sobre esse grupo específico e compreender quais os fatores que representam tais barreiras para os jovens.

A respeito do acesso do jovem à saúde, conclui-se que as barreiras são, na realidade, um conjunto de fatores individuais, sociais e programáticos. Por isso, são necessárias políticas públicas efetivas e um compromisso ético coletivo entre essas três esferas para minimizar as vulnerabilidades e prevenir futuras complicações de saúde no jovem brasileiro. Dessa forma, é possível ter esperança de um futuro digno para tais jovens e de desenvolvimento do país.

A compreensão dos desafios enfrentados pelos jovens para acessar a saúde é fundamental para a formulação de políticas públicas que visem melhorar a equidade e igualdade de direitos no país. Além disso, investir na saúde dos jovens é de suma importância tanto social, quanto economicamente para uma nação, já que eles representam o futuro do país.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Atlas das juventudes 2021. (2021). *Evidências para a transformação das Juventudes*. Disponível em: https://atlasdasjuventudes.com.br/evidencias-para-a-transformacao-das-juventudes/

Ayres, J. R. et al. (2006). *Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde*. In: Campos, G. et al. (Orgs.). Tratado de Saúde Coletiva, São Paulo: Hucitec.

Oliveira, M. M., Andrade, S. S. C. A., Campos, M. O., Malta, D. C. (2015). Fatores associados à procura de serviços de saúde entre escolares brasileiros: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2012. *Caderno de Saúde Pública, 31*(8), 1603-1614.

Fischer, M. L., Burda, T. A. M., Rosaneli, C. F. (2022). O autocuidado para saúde global: um compromisso ético com a coletividade. *HOLOS, 4*, 1-18.Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. *Censo parcial 2022*. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35686-em-2021-pais-tinha-12-7-milhoes-de-jovens-que-nao-estudavam-nem-estavam-ocupados

Instituto Pesquisa Aplicada. (2021). *Atlas da Vulnerabilidade Social*. Rio de Janeiro: IPEA.

Santos, D. O. et al. (2017). Vulnerabilidade de adolescentes em pesquisa e prática clínica. *Revista Bioética*, *25*(1), 72-81.

Souza, M. T., Silva, M. D., Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer?. *Einstein (são Paulo)*, *8*(1), 102-106.

UNESCO. (2005). *Declaração Universal da Bioética e Direitos Humanos.* Paris: Unesco.

Mesa 22: Salud mental
Session 22: Mental health

AUTORES/AUTHORS

Isabella Goulart Bittencourt (Universidade Federal de Santa Catarina; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8367-9298); e Marina Menezes (Universidade Federal de Santa Catarina; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8518-8684)

TÍTULO/TITLE:

Análise temática em pesquisa qualitativa com crianças e adolescentes

Palavras-chave: análise temática; pesquisa qualitativa; treinamento de habilidades sociais; crianças; adolescentes.

Objetivo

O objetivo deste estudo é apresentar a análise temática, um método utilizado para identificar e analisar temas de dados qualitativos, realizada em uma pesquisa sobre as significações de crianças e adolescentes acerca da experiência de participar de um treinamento de habilidades sociais (THS) em grupo aplicado em um serviço de psicologia de uma universidade pública do sul do Brasil.

Método

Após a submissão e aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade à qual está vinculada (sob o parecer consubstanciado n° 4.050.295 e CAAE n° 31205420.4.0000.0121), foi realizada a coleta de dados, na modalidade virtual, via *Google Meet*, com cinco crianças de 8 a 11 anos (três meninos e duas meninas) e cinco adolescentes de 12 a 14 anos (três meninos e duas meninas) que haviam participado de um THS em grupo. A fim de compreender as significações de crianças e adolescentes sobre a experiência de participar de um THS, os participantes responderam a uma entrevista semiestruturada individual on-line e, ao final, elaboraram um desenho a fim de responderem ao seguinte questionamento: “como foi para você participar desse grupo?”.

Um aspecto que requer a atenção do pesquisador é a interpretação e análise do desenho, pois quando pesquisadores adultos analisam os desenhos, eles podem interpretar de forma equivocada ou perder as perspectivas das crianças (Pope et al., 2018). Diante disso, indica-se que o pesquisador peça às crianças que descrevam o que desenharam, registrem e transcrevam suas narrativas (Pope et al., 2018; Angell et al., 2014), para que as próprias interpretações das crianças de seus desenhos sejam capturadas na transcrição (Angell et al., 2014). Assim, nesta pesquisa, após a realização do desenho, a pesquisadora solicitou que as crianças/adolescentes mostrassem seu desenho pela câmera do computador ou smartphone e contassem/descrevessem o que tinham desenhado e o que estava acontecendo no desenho, a fim de preservar suas perspectivas. As entrevistas, bem como o processo de a criança/adolescente elaborar o desenho, mostrá-lo à pesquisadora e relatá-lo foram gravados em vídeo e áudio mediante o consentimento, assentimento e autorização dos participantes e de um dos seus responsáveis.

Assim, os relatos provenientes das entrevistas e dos desenhos foram transcritos na íntegra e submetidos à análise temática (Braun & Clark, 2006), com auxílio do *software* webQDA. Embora uma das características da análise temática seja a flexibilidade e a não linearidade, as seguintes etapas foram seguidas na análise dos dados: 1. familiarização com os dados: realizada através da transcrição na íntegra de todos os relatos dos participantes, dando início à imersão nos dados, revisão do conteúdo e anotações em um arquivo à parte, das informações relevantes e ideias para a codificação; 2. geração de códigos: as entrevistas foram relidas e foram extraídos códigos utilizando as falas literais dos participantes; 3. busca por temas: refere-se à classificação dos códigos em temas em potencial. Nesta fase, iniciou-se o processo de relacionar os códigos, formando temas e subtemas preliminares, mas nada foi abandonado, uma vez que alguns códigos poderiam não se relacionar entre si ou não pertencer a nenhum tema; 4. revisão dos temas: caracteriza-se pelo refinamento dos temas, considerando os critérios de homogeneidade interna e heterogeneidade externa, isto é, os dados que compõem um tema devem ser coerentes entre si e ter distinções claras e identificáveis em relação aos outros temas. Nesta etapa, ocorreram dois níveis de revisão: a) leitura de todos os extratos (exemplos extraídos das entrevistas e relato de desenhos) de cada tema a fim de identificar se formavam um padrão coerente. Nos casos positivos, seguiu-se para o próximo nível. Nos casos negativos, o tema era revisado; b) consideração da validade dos temas individuais em relação ao conjunto e codificação de dados adicionais que tivessem sido perdidos em fases anteriores. Considerou-se a etapa quatro finalizada quando os temas refinados representaram o conjunto de dados coletados e possuíram relação entre si (Souza, 2019). Assim, nessa etapa, foram criadas as dimensões, categorias e subcategorias a partir do agrupamento de temas (elementos temáticos de análise) que se relacionavam. Ao final, foi elaborada uma tabela contendo as informações citadas. Em reuniões entre as pesquisadoras, foram discutidos os agrupamentos dos elementos temáticos, bem como as respectivas subcategorias, categorias e dimensões. A partir do agrupamento de temas inter-relacionados (elementos temáticos de análise) foram criadas as dimensões (“Participando do THS” e “Aprendendo e sugerindo”), com suas respectivas categorias e subcategorias; 5. definição e nomeação dos temas: foi realizada nova análise a fim de refinar as especificidades de cada tema, incluindo subtema(s) e definindo sobre o que tratavam, de forma a identificar se não havia sobreposição de temas. Assim, esta fase teve como propósito gerar definiç6es e nomes claros para cada tema e subtema. Posteriormente, o resultado da análise temática (contendo as dimens6es, categorias, subcategorias, elementos de análise e exemplos) foi enviado para avaliação de uma juíza independente com experiência em THS em grupo com crianças e adolescentes. Após a análise da juíza, todas as categorias e subcategorias foram revisadas e algumas alteraç6es foram realizadas conforme indicado pela especialista.

Resultados

A análise em conjunto das dimens6es indicou que entre as três categorias da Dimensão 1 - “Participando do THS”, a categoria 1, “Reconhecendo os motivos para ir ao THS” abarca a compreensão dos participantes quanto ao que motivou os responsáveis a levarem as crianças e adolescentes ao THS, quais sejam: a) aspectos relacionados a si (características e comportamentos das crianças na época da inscrição no THS e às habilidades que poderiam ser

desenvolvidas) e b) aspectos relacionados aos outros (como ao relacionamento com os cuidadores, à possibilidade de a criança interagir com outras pessoas e à vontade dos cuidadores que a criança participasse do THS). A categoria 2, “Compreendendo o funcionamento do THS”, refere-se às atividades do THS, bem como às suas regras (combinados do grupo), aos assuntos trabalhados nas sess6es e sobre os quais eram conversados, à forma como as crianças descreviam o THS, às suas preferências, suas dificuldades e as suas perspectivas sobre a relação dos cuidadores com o THS. Na categoria 3, “Identificando as relaç6es do THS”, são apresentados como eram os relacionamentos estabelecidos pelas crianças com as outras crianças e com as coordenadoras durante o THS.

Já na Dimensão 2 - “Aprendendo e sugerindo”, a categoria 1, “Reconhecendo os aprendizados do THS”, exp6e as consideraç6es das crianças sobre o que aprenderam com a sua participação no THS sobre sentimentos, emoç6es, pensamentos e comportamentos, bem como relatos em que a criança não identifica ou não lembra se aprendeu algo no THS. Por fim, a categoria 2 “Melhorando o THS”, compreende as sugest6es das crianças sobre mudanças e melhorias, incluindo a necessidade de os grupos de crianças serem homogêneos em relação à idade e o THS durar mais tempo.

Discussão

A partir dos resultados apresentados, destacam-se algumas quest6es a serem discutidas neste trabalho. Apesar de os THS relacionados ao presente estudo terem sido ofertados à comunidade, sem a necessidade de encaminhamentos, alguns motivos relatados pelos participantes para a busca dessa intervenção corroboram as raz6es pelas quais equipes de serviços de saúde ou de escolas realizam encaminhamentos de crianças para serviços de saúde mental infantil ou clínicas-escolas de Psicologia. Tais motivos foram identificados em outras pesquisas, como dificuldades escolares, quest6es associadas ao comportamento e às relaç6es familiares (Elias & Marturano, 2014; Miott et al., 2020). Entretanto, nessas publicaç6es, não foram referidos motivos relacionados à promoção do desenvolvimento socioemocional, como aprender sobre habilidades sociais ou sobre os sentimentos, ou ainda para conhecer pessoas, como destacado pelas crianças e adolescentes participantes desta pesquisa. Outro ponto corresponde à relevância da perspectiva dos participantes ao elencarem motivos que mobilizaram seus responsáveis a levarem-nos a um THS em grupo. As respostas infantojuvenis apresentaram raz6es diferentes e complementares às causas percebidas e relatadas por adultos, sejam eles pais, professores, profissionais da saúde, estudantes de Psicologia ou pesquisadores (Elias & Marturano, 2014; Falcão et al., 2016; Miott et al., 2020).

Outro aspecto que pode ser destacado a partir das significaç6es das crianças e adolescentes, refere-se à relação que os participantes desenvolveram com as coordenadoras do THS. Para os participantes, as coordenadoras criaram oportunidades de diálogo e se dispuseram a ouvir os participantes sem censurá-los. Tal aspecto é especialmente relevante no desenvolvimento das habilidades relacionadas à expressão de emoç6es, pois, frequentemente, as crianças querem contar situaç6es, emoç6es e sentimentos, investigar a posição dos adultos e costumam se sentir seguras quando têm a oportunidade de descrever o que sentem e serem validadas (Del Prette & Del Prette, 2017).

Os assuntos elencados pelas crianças como temas trabalhados no THS se referiram às habilidades sociais de reconhecimento e expressão de emoç6es, autocontrole e empatia, corroborando as temáticas das sess6es de programas desenvolvidos em contextos nacionais e internacionais (Bittencourt & Menezes, 2020). Cabe destacar também que o autocontrole e a capacidade de reconhecer e expressar emoç6es envolvem dimensões relativas a reconhecer, nomear e expressar as emoções, falar sobre emoções e sentimentos e lidar com sentimentos "negativos", como vergonha, raiva ou medo (Del Prette & Del Prette, 2017). Dessa forma, entende-se que alguns participantes se apropriaram de tais aspectos à medida que desenvolveram significações sobre terem aprendido no THS a lidar com suas emoções, a falar como se sentiam, a não serem tão tímidos, a se irritarem menos e a pensar antes de agir.

Os resultados aqui apresentados e discutidos demonstram o potencial de estudos qualitativos vinculados a intervenções no âmbito da saúde, bem como a contribuição da análise temática na compreensão das significações de crianças e adolescentes às suas experiências. Assim, em termos metodológicos, considera-se que este estudo contribuiu avanço do conhecimento à medida que proporcionou abranger diferentes aspectos sobre a experiência de crianças e adolescentes no treinamento do qual participaram, sob a perspectiva deles. Com base na relevância de construir programas de intervenção coerentes com as necessidades das crianças e adolescentes em diferentes contextos, recomenda-se que também sejam realizadas entrevistas qualitativas com essa população anteriormente à aplicação do THS a fim de compreender suas demandas e contextos.

A partir desta experiência de pesquisa, observou-se que a análise temática se caracterizou como um procedimento de análise de dados que forneceu uma descrição temática rica do conjunto de narrativas das crianças e adolescentes, favorecendo que a análise fosse orientada pelos dados, isto é, não se procurou analisar nada além do que os participantes produziram. Valorizar as perspectivas das crianças e dos adolescentes sobre as suas experiências possibilita conferir-lhes um lugar de protagonismo, uma vez que são considerados os informantes mais apropriados quando se trata das suas vivências.

As autoras declararam que não há conflitos de interesse.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Angell, C., Alexander, J., & Hunt J. A. (2014) 'Draw, write and tell': a literature review and methodological development on the 'draw and write' research method. *Journal of Early Childhood Research*, *13*(1), 17-28. https://doi.org/10.1177/1476718X14538592

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Bittencourt, I. G., & Menezes, M. (2020). Caracterização de Treinamentos de Habilidades Sociais em Grupo para Crianças: Revisão Integrativa da Literatura. *Contextos Clínicos*, *13*(3), 1037-1066. https://doi.org/10.4013/ctc.2020.133.15

Del Prette, A. D., & Del Prette, Z. A. P. (2017). *Psicologia das habilidades sociais na infância. teoria e prática*. Petrópolis: Editora Vozes.

Elias, L. C. dos S., & Marturano, E. M. (2014). "Eu posso resolver problemas" e oficinas de linguagem: intervenções para queixa escolar. *Psicologia. Teoria e Pesquisa*, 30(1), 35-44. https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000100005

Falcão, A. P., Bolsoni-Silva, A., Magri, N., & Moretto, L. (2016). PROMOVE-Crianças: efeitos de um treino em habilidades sociais para crianças com problemas de comportamento. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, *16*(2), 590-612. Recuperado em março, 17, 2021, http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v16n2/n16a16.pdf

Miott, T., Polesello, A. G., & Nazar, T. C. G. (2020) PROMOVE–CRIANÇAS: avaliando efeitos do protocolo em crianças com problemas de comportamento. *PsicoFAE*, *9*(1), 95112. https://doi.org/10.17648/2447-1798-revistapsicofae-v9n1-7

Pope, N., Tallon, M., Leslie, G., & Wilson, S. (2018). Using 'draw, write and tell' to understand children's health-related experiences. *Nurse Researcher*, *26*(2), 42-45. https://doi.org/10.7748/nr.2018.e1594

Souza, L. K. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *71*(2), 51-67.

AUTORES/AUTHORS:

Mario Angelo Cenedesi Júnior, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina. ORCID ID 0000-0001-8441-8321

Renata Trivelato Felício Cenedesi, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Silvia Elena Vouillat, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina. ORCID ID 0000-0003-0054-0106

TÍTULO/TITLE:

Socio-affective changes in brazilian elderly people, during the period of confinement due to the COVID-19 pandemic

Keywords: COVID-19; mental health; public health; elderly people

Objectives: The Brazilian population has been aging in recent decades, with the need to analyze and discuss this aging and its characteristics, especially in relation to the confinement period due to the COVID-19 pandemic, which imposed numerous changes in the social dynamics of elderly. Therefore, knowing the possibly altered socio-affective characteristics in this population means being able, later, to restructure the Health services, in order to give this same population the necessary support.

Methodology: This is a basic, observational and cross-sectional study, with a descriptive objective and a qualitative approach. 417 people over 60 years old answered a questionnaire that evaluated Mental Health during the period of confinement due to the COVID pandemic, in a city in the interior of the state of São Paulo, Brazil, in the last quarter of 2022 – health professionals and people with severe mental disabilities were excluded from the study (general population of the city: 711,825; elderly population = 113,652; margin of error = 5%; confidence level = 95%). Research approved by the Research Ethics Committee via Plataforma Brasil (CAAE 55625822.2.0000.5378).

Results: 42.6% of the studied population is male and 57.4% female. Regarding the confinement period, 68.5% responded that they felt some type of fear (of losing their family members, of becoming contaminated, of dying, of the country's economy, of the lack of food and medication, fear of the future/unknown), 55 .8% felt sad (not being able to share time with their loved ones), 52.4% felt lonely and 62.7% felt anxious, at some point during confinement due to the COVID-19 pandemic.

Conclusion: the present study shows that a large part of the elderly population undergoes important changes in terms of Mental Health during confinement due to the COVID-19 pandemic, even surpassing the values indicated by the World Health Organization (WHO), so that Public Policies in Mental Health need to be created (or expanded) to serve this portion of the population, thus improving their quality of life.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

[1] Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. Glob Health Res Policy, 5:27.

[2] Xiang, Y.T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. y Ng, C.H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. Lancet Psych, 7(3):228-229.

[3] World Health Organization (WHO) (2021). Action required to address the impacts of the COVID-19 pandemic on mental health and service delivery systems in the WHO European Region. Geneva: World Health Organization.

[4] Schmidt, B., Crepaldi, A., Bolze, S.D.A., Neiva-Silva, L. y Demenech, L.M. (2020). Mental health and psychological interventions during the new coronavirus pandemic (COVID-19). Estud. psicol. 37. https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063

[5] Reynolds, D.L., Garay, J.R., Deamond, S.L., Moran, M.K., Gold, W. y Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. Epidemiol. infect., 136(7):997–1007.

Research approved by the Research Ethics Committee via Plataforma Brasil (CAAE 55625822.2.0000.5378). The authors declare that they have no conflicts of interest.

The authors declare that they did not use generative artificial intelligence (AI) and AI-assisted technologies in the writing process.

Mesa 23: Metodología docente
Session 23: Educational methods

AUTORES/AUTHORS:

ELAINE ROSSI RIBEIRO[1]

HELOISA RODRIGUES ALVES BOBATO[2]

LEIDE DA CONCEIÇÃO SANCHES [3]

1- Docente do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe – Curitiba – Pr. Brasil – ORCID: 0000-0003-3492-217X

2- Mestre pelo Programa de Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe – Curitiba – Pr. Brasil – ORCID: 0000-0003-1717-6566

3- Docente do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe – Curitiba – Pr. Brasil – ORCID: 0000-0002-5832-7132

TÍTULO/TITLE:

O discurso do residente multiproffisional sobre qualidade do cuidado e segurança do paciente

Palavras-chave: Segurança do paciente. Qualidade do cuidado. Residência Multiprofissional. Qualitativa

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, entendida como “redução do risco, a um mínimo aceitável, de danos desnecessários associados ao atendimento em saúde” [1,19,] é tema de interesse dos próprios pacientes e seus cuidadores, profissionais e instituiç6es de saúde, instituiç6es de ensino e pesquisa, e organizaç6es governamentais e não-governamentais.

Os profissionais de saúde devem apresentar conhecimentos e habilidades para identificar os erros e tomar as medidas adequadas para revertê-los, bem como preveni-los oportunamente, para que, comisso, ocorram mudanças na cultura de segurança das organizaç6es. [2-]

No ambiente hospitalar, além dos diferentes profissionais que compõe o quadro funcional, ainda pode-se citar os profissionais que estão em formação em serviço, isto é, que participam de um Programa de Residência em diferentes áreas. Embora estejam em formação, são profissionais que atuam na assistência direta ao paciente, mas a possível falta de prática pode facilitar a ocorrência de erros e dificultar a tomada de decisão relativa aos preceitos da segurança do paciente.

A segurança do paciente não se faz isoladamente. Importante e necessário que os conceitos dos Programas de Residências Multiprofissionais, de trabalho em equipe, comunicação efetiva, cuidado centrado no paciente entre outros, se fortaleçam e solidifiquem na perspectiva da qualidade.

Neste cenário, de aprendizado, formação e assistência, questiona-se: Como os profissionais de saúde, cursando programa de residência multiprofissional, percebem seus papeis no desenvolvimento e aplicabilidade dos pressupostos da segurança do paciente com vistas à qualidade da atenção à saúde? Para responder a esta questão, estabeleceu-se como objetivo apreender a percepção do Residente Multiprofissional em relação ao seu papel no desenvolvimento e aplicabilidade dos pressupostos da Segurança do Paciente.

MÉTODO

O presente estudo constituiu-se em uma pesquisa de cunho descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em um Hospital Escola público de grande porte na Cidade de Curitiba – Paraná.

Os participantes foram profissionais que cursam o segundo ano de todos os Programas de Residência Multiprofissional (Enfermeiros, Farmacêuticos, Nutricionistas, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, Dentistas e Fisioterapeutas).

Foram realizadas 26 entrevistas gravadas e transcritas pela pesquisadora e a saturação teórica ocorreu na 26ª entrevista.

As perguntas norteadoras que foram feitas aos participantes durante a entrevista, foram relativas aos princípios relacionados à equipe de trabalho e à segurança do paciente, desenvolvimento de uma cultura de segurança, condutas, ações, atividades, atitudes do cotidiano que trazem qualidade e segurança para a atenção a saúde, papel como residente no desenvolvimento dos pressupostos da segurança do paciente, percepção a respeito da segurança do paciente mudou do primeiro para o segundo ano de residência, os princípios (valores) da segurança do paciente você vai levar para a vida profissional, e finalmente, três palavras que surgem à mente quando se fala em Segurança do Paciente.

Para a apreciação dos dados, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), método cuja técnica prop6e a construção de um discurso coletivo redigido na primeira pessoa do singular e que expressa um conjunto de discursos individuais semelhantes ou complementares.[4]

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante do arcabouço metodológico e da aproximação com cada discurso durante o transcorrer do processo de trabalho de pesquisa, isto é, a análise e síntese das informaç6es, pode-se observar que o perfil dos participantes se destaca sobremaneira quando a maioria é recém-formada sem experiência assistencial direta, bastante jovens, com alto percentual de idade em 25 anos. Embora venham de diferentes instituiç6es na graduação, e participem de diversos Programas de Residência, todos têm a atribuição de oferecer assistência direta aos pacientes, passando em

clínicas fechadas, como UTI e Unidades de transplante, e em áreas abertas, como enfermarias, em rodízios entre elas.

A partir da análise das entrevistas transcritas foram extraídas as express6es chave e as ideias centrais, as quais possibilitaram, após leituras em profundidade, formulação de cinco categorias que deram origem aos discursos

Após o agrupamento das ideias centrais semelhantes ou complementares, a reflexão e posterior compreensão das ideias centrais destacadas e da definição das cinco categorias foi possível construir os discursos do sujeito coletivo de cada uma das categorias elencadas observando que a diversidade em processos relacionados com a segurança do paciente nas unidades influencia a maneira com que as equipes se relacionam e a comunicação é um fator importante para o desenvolvimento da cultura de segurança.

Quando os participantes falam a respeito do papel do residente, eles valorizam iniciativas envolvendo educação permanente e reconhecem seu papel como multiplicadores para as equipes e para os residentes que cursam o primeiro ano da residência multiprofissional.

Observa-se que ao longo da Residência ocorre uma mudança de percepção a respeito da segurança do paciente, o que os participantes atribuem ao fato de terem pouca experiência pois a maioria vem da graduação direto para a residência. A participação em cursos e aulas que abordam o tema e o tempo que permanecem nas unidades são apontados como fatores importantes para aplicar os conceitos na prática, tornando-os mais confiantes e desenvolvendo sua maturidade profissional.

Na categoria Princípios da segurança do paciente na vida profissional, os participantes ressaltam que a alta complexidade dos procedimentos em um hospital será sempre lembrada mesmo que atuem em outros níveis de atenção. Destacam novamente a importância da comunicação para minimizar os riscos para os pacientes e que a ética e o atendimento humanizado devem fazer parte da rotina profissional.

O desenvolvimento de um perfil profissional competente e comprometido com as demandas sociais é um processo longo. É preciso construir um amplo conjunto de procedimentos que considere diferentes formas de saberes (acadêmicos, especializados, práticos, da experiência), algumas normas, regras e técnicas próprias da profissão, assim como um sentido crítico e reflexivo que o leve a fazer escolhas e julgamentos profissionais de forma ética, segura e clara.[5- 6]

A partir dos discursos formulados em cada uma das cinco categorias elencadas, finalizou-se com um único discurso, a saber:

> Eu percebo que existem diferenças entre as unidades fechadas e as clínicas e que essas diferenças afetam a qualidade do cuidado que é ofertado na instituição. Sei que falhas podem acontecer, mas o trabalho em equipe é fundamental para minimizá-las e que além da qualificação e experiência das equipes é muito importante que os pacientes e familiares estejam envolvidos no tratamento dos pacientes.

> A residência me permitiu relacionar a teoria com a prática e acredito que estar sempre atualizado e conhecer as rotinas da instituição podem fazer com que a minha contribuição com as equipes seja mais efetiva.
>
> Ao longo da residência minha percepção a respeito da segurança do paciente foi mudando, pois coloquei em prática os conceitos vistos nas aulas teóricas através do contato direto e frequente com os pacientes, já que pelo fato de ter saído da graduação direto para a residência, precisei de tempo para assimilar alguns conceitos e perceber que a segurança envolve muitos fatores, os quais consegui identificar no cotidiano da minha prática assistencial como residente, com melhoria da comunicação, respeito pelas normas e protocolos da instituição, empatia pelo paciente.
>
> Com o tempo me tornei mais confiante e maduro profissionalmente, podendo passar meus conhecimentos para os residentes do primeiro ano. A complexidade dos casos que acompanhei durante a residência com certeza me prepararam para atuar em outras instituições e sempre vou valorizar o trabalho em equipe, a ética, a humanização e a comunicação efetiva possibilitando trazer benefícios para os pacientes. Hoje tenho outro olhar para as atitudes profissionais que imprimem fortalecimento aos pressupostos da segurança do paciente e sei que sou responsável individualmente para o estabelecimento da cultura de segurança em qualquer ambiente de saúde.

Com vistas a dar maior visibilidade aos conceitos emanados dos discursos, após serem solicitados que dissessem três palavras que viessem a mente pensando no tema segurança do paciente, as palavras: cuidado, qualidade, responsabilidade, ambiente, risco, estão em destaque e tem relação com o sentido dos depoimentos quando os participantes colocam a importância do relacionamento com as equipes, pacientes e familiares e a participação de todos na qualidade do cuidado, dos exemplos e princípios que farão parte da vida profissional após a residência e do significado das experiências no processo de amadurecimento, reconhecendo sua confiança como profissional, mas também suas fragilidades.

Diante de evocação de palavras, retrata-se o anseio do residente multiprofissional por um serviço mais digno e humanizado, com oferta de cuidado responsável, aliado ao contexto dos processos de trabalho, destacando sua relação com a prevenção, atenção e o ambiente assistencial que qualifica o cuidado, e constitui-se como uma vertente que pode auxiliar no desenvolvimento de aç6es de melhoria à prestação do cuidado ao paciente e à sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que os dados coletados permitiram apreender essa percepção, fornecendo elementos que despertam para uma reflexão de como os profissionais devem ser conduzidos no seu processo formativo para relacionar o saber científico com as experiências vivenciadas na prática.

Os participantes demonstram compreender o que é Segurança do paciente, mas a falta de experiência prévia na assistência e em atendimentos complexos, somadas a dificuldade de atuar em equipes de diferentes unidades, pode trazer riscos aos pacientes.

Os residentes imprimem grande importância à educação permanente/continuada (aulas dos eixos transversais e cursos ofertados pela instituição que abordam a segurança do paciente), mas parecem ter dificuldade de reconhecer o significado destas estratégias e até mesmo seu valor e aplicabilidade na prática principalmente quando estão no primeiro ano da residência.

O fato de a residência multiprofissional ter duração de dois anos talvez possa ser um fator que impede ou dificulta que os residentes atuem no desenvolvimento da cultura de segurança da instituição pois precisam de tempo para reconhecer e compreender aspectos referentes ao funcionamento de cada unidade, como fluxo de atendimento, estrutura física, relaç6es interprofissionais e quest6es relativas à gestão.

Certamente a compreensão de uma visão sistêmica, de uma rede integrada de cuidados ainda é insipiente. Há que se promover a visibilidade de processos transdisciplinares entre profissionais e instituiç6es para que os resultados venham a impactar diretamente no paciente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1- Runciman, W. *et al*. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. International Journal for Quality in Health Care. 2009; 1(21):18-26.

2- Bohrer CD, et al. Communication and patient safety culture in the hospital environment: vision of multiprofissional team. Rev Enferm. 2016;6(1):50-60.

3- Yoshikawa JM, Sousa BE, Peterlini MA, Kusahara DM, Pedreira ML, Avelar AF. Comprehension of undergraduate students in nursing and medicine on patient safety. Acta Paul Enferm. 2013; 26(1):.21-9.

4- Lefèvre F, Lefèvre AM. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. Brasília: Liber Livro; 2012.

5- Dourado, L. F. Políticas e gestão da educação superior no Brasil: Múltiplas regulações e controle. Rev Brasileira de Política e Adm da Educação. 2011; 27 (1), 53-65.

6- Mesquita, D., Lima, R., Flores, M. A., Marinho-Araujo, C. M., & Rabelo, M. L. Industrial Engineering and Management Curriculum Profile. International Journal of Industrial Engineering and Management.2015; 6: 121-131.

AUTORES/AUTHORS:

Jesús Manuel García Acosta. Profesor Doctor de la Escuela Universitaria Nuestra Señora de Candelaria adscrita a la Universidad de La Laguna. Servicio Canario de Salud. ORCID: 0000-0002-9362-6496

TÍTULO/TITLE:

Utilidad de vídeos formativos y realidad virtual en la formación pregrado sobre transexualidad.

Palabras clave: Rol de la Enfermera; Capacitación Profesional; Terapia de Exposición Mediante Realidad Virtual; Enfermería de Práctica Avanzada; Personas Transgénero.

Objetivos: el objetivo principal es evaluar el impacto de los objetos virtuales de aprendizaje generados sobre el grado de conocimientos adquirido en el alumnado de enfermería. Como objetivos secundarios se plantean: medir el incremento del nivel de conocimientos y el grado de satisfacción con la metodología docente.

Metodología: se plantea un estudio analítico, cuasi experimental de intervención donde se pilotarán los objetos virtuales de aprendizaje (OVA) generados mediante vídeos formativos en formato corto y de realidad virtual, al alumnado de 4º de Grado en Enfermería de la Escuela Universitaria Nuestra Señora de Candelaria (n=60). Se dará una primera sesión en formato de clase magistral sobre el fenómeno de la transexualidad (conceptos básicos sobre sexualidad, sistema binario sexo-género, barreras sanitarias, transfobia y espacios seguros e inclusivos para el colectivo trans), y en una segunda sesión, se pilotarán las herramientas docentes generadas. El nivel de incremento de conocimientos se evaluará mediante estadística inferencial, con un contraste de hipótesis para muestras apareadas (pre-postest) estableciendo si existen o no diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias. La validez del contenido a evaluar en el alumnado mediante el test de conocimientos será sometida al juicio de un comité de expertos. Se medirá también, la potencia estadística (1-13) y el tamaño del efecto. Por último, el grado de satisfacción se medirá mediante un cuestionario on-line, analizando los datos mediante estadística descriptiva.

Resultados: De todo el alumnado invitado a participar, 56 personas completaron el consentimiento de participación y solo 54 personas completaron el estudio en su totalidad. La puntuación media obtenida en el pretest fue de 7,93 mientras que la media obtenida en el postest fue de 13,22. Se llevó a cabo un contraste no paramétrico de Wilcoxon para muestras apareadas encontrando: [Z=-6,304; sig=<0,001; IC=95%]; La potencia estadística encontrada (1-13) fue de 1, y el tamaño del efecto d=2,68. Respecto a los datos obtenidos en la encuesta de satisfacción, el 78,18% muy probablemente recomendarían la formación a otros estudiantes universitarios, el 74,55% refirió estar muy satisfecho/a con el conocimiento adquirido, más del 87% de los asistentes reportaron sentirse cómodos o muy cómodos con el uso de realidad virtual y, más del 85% de los participantes revelaron que el material docente y la realidad virtual les habían ayudado mucho/bastante en empatizar con las vivencias de las personas trans en los entornos sanitarios.

Discusión: los resultados encontrados concuerdan con la evidencia científica disponible sobre el uso de objetos virtuales de aprendizaje en ciencias de la salud. De acuerdo con la legislación vigente en Canarias en materia de

atención sanitaria a personas trans, se les reconoce el derecho a ser atendidas por profesionales formados y capacitados en su atención, por lo que la propuesta docente, dados los resultados obtenidos, puede ser utilizada en formación pregrado para formar a futuras enfermeras en materia de diversidad de género, transexualidad y en cómo generar espacios seguros e inclusivos con estas personas. Contribuyendo así, a brindar una atención adecuada y competente, derribando estereotipos, prejuicios y barreras sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Ley 2/2021, de 7 de junio, de igualdad social y no discriminación por razón de identidad de género, expresión de género y características sexuales. Boletín Oficial de Canarias número 124, de 17 de junio de 2021.
2. Dhar, E., Upadhyay, U., Huang, Y., Uddin, M., Manias, G., Kyriazis, D., ... & Syed Abdul, S. (2023). A scoping review to assess the effects of virtual reality in medical education and clinical care. Digital Health, 9, 20552076231158022.
3. Jans, C., Bogossian, F., Andersen, P., & Levett-Jones, T. (2023). Examining the impact of virtual reality on clinical decision making–An integrative review. Nurse Education Today, 105767.
4. Lie, S. S., Helle, N., Sletteland, N. V., Vikman, M. D., & Bonsaksen, T. (2022). Implementation of Virtual Reality in Health Professional Higher Education: Protocol for a Scoping Review. JMIR Research Protocols, 11(7), e37222.
5. López-Baamonde, M., Martín-Calabuig, A., Coca, M., Fargas-Alpuente, M., Gómez, L., Bergé, R., ... & Gomar-Sancho, C. (2018). Simulación para formar en la competencia de valoración preanestésica: diseño común para residentes de primer año de anestesiología y enfermeras de anestesia. FEM: Revista de la Fundación Educación Médica, 21(1), 47-54.
6. Mitchell, A. A., & Ivimey-Cook, E. R. (2023). Technology-enhanced simulation for healthcare professionals: A meta-analysis. Frontiers in Medicine, 10.
7. Liu, J. Y. W., Yin, Y. H., Kor, P. P. K., Cheung, D. S. K., Zhao, I. Y., Wang, S., ... & Leung, A. Y. (2023). The Effects of Immersive Virtual Reality Applications on Enhancing the Learning Outcomes of Undergraduate Health Care Students: Systematic Review With Meta-synthesis. Journal of Medical Internet Research, 25, e39989.
8. Lucena-Anton, D., Fernandez-Lopez, J. C., Pacheco-Serrano, A. I., Garcia-Munoz, C., & Moral-Munoz, J. A. (2022). Virtual and Augmented Reality versus Traditional Methods for Teaching Physiotherapy: A Systematic Review. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 12(12), 1780-1792.

Otros aspectos del trabajo:

i. El presente estudio forma parte del proyecto de investigación ENF21/09: “TranSkin: generando entornos sanitarios inclusivos centrados en las personas trans*” aprobado en convocatoria competitiva por la Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) y aprobado por el Comité ético con el código de registro: CHUNSC_2021_55.

ii. Todos los participantes han firmado el consentimiento de participación en el estudio.

iii. Los autores no tienen conflicto de intereses.

iv. No se ha utilizado Inteligencia Artificial generativa ni tecnologías asistidas para el proceso de redacción.

AUTORES/AUTHORS:

Clara Torres-Ortega", Pablo García Urrutia[b], Ana Fernández-Araquee, Miriam Berenguer-Pérez[d], Maria Sandra Ovejero de Pablo', Miryam Bueno-Arnaue, Marta Llorente-Alonsoe, José Verdú-Sorianoe

a Servicio de Urgencias Hospitalarias, Complejo asistencial de Soria. ORCID ID: 00000001-9803-3748.

[b] Unidad de Radiología, Hospital Universitario de Navarra.

e Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Valladolid, Campus Duques de Soria.

[d] Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante

e Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante. ORCID ID: 0000-0002-8307-7323

TÍTULO/TITLE:

Prevención, miedo al Covid-19 y afectación académica, en estudiantes de ciencias de la salud

Palabras clave

Infección por coronavirus, prevención de enfermedades, Estudiantes Universitarios, Miedo.

Objetivo

Explorar la relación entre el miedo al COVID-19, el cumplimiento de las medidas de prevención y la afectación académica en estudiantes de ciencias de la salud.

Métodos

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo transversal. La recogida de datos se realizó durante los meses de febrero y marzo de 2021.

Variables de estudio:

Datos sociodemográficos (edad, sexo) datos académicos (Grado Enfermería, Grado en Fisioterapia, año de estudio), afectación personal o familiar por la enfermedad COVID-19, disposición a la vacunación de COVID-19, Escala de Miedo al COVID-19 (Martinez-Lorca et al. (2020), Escala de Cumplimiento de Medidas Preventivas COVID-19 (CMPC-19, en proceso de validación). La afectación académica, se definió como la percepción de los efectos negativos de la pandemia en los estudios y prácticas asistenciales, se midió con una escala que va de O a 10, desarrollada ad hoc para este estudio.

Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes, y las variables cuantitativas a través de la media aritmética y la desviación estándar. Para la comparación entre variables cuantitativas y cualitativas se utilizó la prueba T-student y ANOVA. Las asociaciones entre variables continuas se analizaron mediante correlación de Pearson y las de variables cualitativas con Chi-cuadrado. Todos los análisis fueron llevados a cabo utilizando (SPSS y 20.0 para WINDOWS; SPSS Inc, Chicago,IL). El nivel de significación se fijó en 0.05.

Población de estudio y muestreo

Los participantes fueron los alumnos matriculados en el Grado de Enfermería y de Fisioterapia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Valladolid, en el Campus Duques de Soria, durante el ario 2020-2021. Para la selección de la muestra se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia, participación voluntaria. El cálculo del tamaño muestral fue de 113 participantes, para la estimación de correlaciones de magnitud no inferior a 0,30, en pruebas bilaterales de contraste de hipótesis con un nivel de significación estadística de 0,05 y para una potencia del 90%. La datos se recopilaron mediante encuesta online Google Forms (https://www.google.com/forms/about).

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Valladolid (código de protocolo ref. 001/2021 y fecha de aprobación 18/12/2020).

Resultados

Aunque el cálculo del tamaño muestral fue de 113 estudiantes, participaron 324.

La edad media de los participantes fue de 20,35± 2,601 [18-48] años. El 82,4% fueron mujeres. El 65,1% fueron estudiantes de enfermería.

Cumplimiento de las medidas de prevención.

La media de la escala de prevención fue de 36,54 (± 6,388) puntos. Se observó que los participantes de mayor edad llevaban a cabo un mejor cumplimiento de medidas de prevención (1-0,237; p<0,001). Las mujeres presentaron mejor cumplimiento de las medidas de prevención que los hombres (t=-3,205; p<0,05).Afectación académica del COVID-19.

La puntuación media de la afectación académica fue de 8,67 (±1,495) La carrera que resultó más afectada en el ámbito académico fue Enfermería (t=3,599; p<0,001). Se encontró una asociación entre la afectación académica con un curso de las dos carreras (F=8,884; P<0,001), en el estudio Post Hoc se objetivó que la diferencia estuvo en el grupo de los participantes que cursaban el primer ario de la carrera.

Los participantes que mejor cumplieron con las medidas de prevención, percibieron mayor afectación en su formación académica, con una asociación estadísticamente significativa. (r=0,153; p<0,05).

El género femenino manifestó más afectación percibida en la formación académica (t=3,474; p<0,05).

Miedo al COVID-19.

En la escala de miedo al COVID-19 se obtuvo una puntuación media de 16,56 (± 4,739) puntos.

Por otro lado, aquellos que percibieron un mayor nivel de miedo presentaron un mejor cumplimiento de las medidas de prevención (r=0,351; p<0,001).

Las mujeres presentaron un mayor nivel de miedo al COVID-19 (t= -4,88; p<0,001). Los participantes que habían sufrido la muerte de un ser querido debido a la enfermedad presentaron niveles más altos de miedo a la COVID-19, que el resto, siendo la diferencia estadísticamente significativa (t= 2,523; p<0,05).

Disposición a la vacunación frente al COVID-19.

Tras el análisis de los resultados del Chi-cuadrado de Pearson se obtuvo que los estudiantes de cuarto curso mostraban más predisposición para la vacunación que los estudiantes de primer curso (X2= 8,681; p<0,05).

Discusión

La pandemia de COVID-19 supuso una interrupción en la enseñanza de pregrado, lo que provocó un cambio sin precedentes en las facultades de ciencias de la salud (Hernández-Padilla et al., 2020). En este contexto las universidades implementaron una serie de medidas para frenar la propagación del virus y favorecer la continuación de las clases. Los estudiantes de ciencias de la salud percibieron una afectación elevada de la pandemia a la actividad académica y práctica, siendo superior en los estudiantes de enfermería. Debido probablemente a la incertidumbre en relación a la suspensión de las prácticas asistenciales (Flolo et al., 2022).

Los estudiantes mostraron unos buenos comportamientos preventivos, destacando los alumnos de Enfermería. Se encontró asociación entre el miedo percibido y el cumplimiento de comportamientos preventivos. El sexo y la edad se relacionaron con el nivel de cumplimiento, las mujeres y los estudiantes de mayor edad, cumplieron mejor las medidas de prevención, coincidiendo estos datos con los resultados del estudio de Martínez-Lorca et al. (2020)

También presentaron mejor adherencia a las medidas de prevención aquellos que habían sufrido la muerte de un familiar, seguramente por el hecho de haberse enfrentado a la cara más devastadora de la pandemia (Flolo et al., 2022).

En cuanto a la predisposición a vacunarse destaca que los alumnos de cuarto curso estaban más concienciados que los de primero, esto puede deberse a que estos estaban en contacto con el entorno asistencial a través de las prácticas clínicas por lo que tenían una perspectiva más cercana y real de la pandemia (Manning et al., 2021).

El miedo juega un papel importante en motivar a las personas a cumplir con las conductas de salud (Harper et al 2020). Los resultados obtenidos en la escala del miedo fueron similares a los obtenidos por Martinez- Lorca et al. (2020), estudio realizado en una población con una media de edad similar a la muestra.

Por otro lado, en el estudio de Martinez-Lorca et al. (2020), destaca que los estudiantes de ciencias de la salud puntuaron más alto en miedo que los de otras carreras, el resultado es parecido al obtenido en este trabajo, aunque aquí no lo podemos comparar, ya que todos los participantes pertenecen a ciencias de la salud. También los resultados de este estudio coinciden en relación con los cursos, percibiendo más miedo los estudiantes de cursos inferiores. Al contrario, se objetiva que, en cuestión de género, las mujeres percibieron mayor miedo ante la enfermedad que los hombres, resultado que no coincide con el de dichos autores.

Los participantes que sufrieron los efectos devastadores de la pandemia en primera persona obtuvieron mayores puntuaciones en miedo, siendo la asociación estadísticamente significativa (Beca- Martínez et al., 2022). Este hecho nos puede llevar a encontrar estudiantes con dificultades a nivel psicológico que podrían necesitar ayuda profesional (Harper et al., 2020).

Este estudio brinda una primera aproximación acerca de los comportamientos preventivos, miedo al COVID-19 y afectación académica entre estudiantes de ciencias de la salud. Los hallazgos obtenidos pueden ser útiles para el abordaje futuro de situaciones similares.

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

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Beca-Martínez, M. T., Romay-Barja, M., Falcón-Romero, M., Rodríguez-Blázquez, C., Benito-Llanes, A., & Forjaz, M. J. (2022). Compliance with the main preventive measures of COVID-19 in Spain: The role of knowledge, attitudes, practices, and risk perception. Transboundary and emerging diseases, 69(4), e871—e882. https://doi.org/10.1111/tbed.14364

Flolo, T. N., Gjeilo, K. H., Andersen, J. R., Haraldstad, K., Hjelmeland, I. H. H., Iversen, M., Loyland, **B.,** Norekvål, T. M., Riiser, K., Rohde, G., Urstad, K. H., Utne, I., Beisland, E. G., & LIVSFORSK network (2022). The impact of educational concerns and satisfaction on baccalaureate nursing students' distress and quality of life during the Covid-19 pandemic; a cross-sectional study. BMC nursing, 21(1), 185. https://doi.org/10.1186/s12912-022-00962-7

Habersaat, K. B., Betsch, C., Danchin, M., Sunstein, C. R., B6hm, R., Falk, A., Brewer, T., Omer, S. **B.,** Scherzer, M., Sah, S., Fischer, E. F., Scheel, A. E., Fancourt, D., Kitayama, S., Dubé, E., Leask, J., Dutta, M., MacDonald, N. E., Temkina, A., Lieberoth, A., ... Butler, R. (2020). Ten considerations for effectively managing the COVID-19 transition. Nature human behaviour, 4(7), 677-687. https://doi.org/10.1038/s41562-020-0906-x

Harper, C. A., Satchell, L. P., Fido, **D., &** Latzman, R. D. (2021). Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. International journal of mental health and addiction, 19(5), 1875-1888. https://doi.org/10.1007/s11469-020-00281-5

Hernández-Padilla, J. M., Granero-Molina, J., Ruiz-Fernández, M. **D.,** Dobarrio-Sanz, I., López-Rodríguez, M. M., Fernández-Medina, I. M., Correa-Casado, M., & Fernández-Sola, C. (2020). Design and Psychometric Analysis of the COVID-19 Prevention, Recognition and Home-Management Self-Efficacy Scale. International journal of environmental research and public health, 17(13), 4653. https://doi.org/10.3390/ijerph17134653

Manning, M. L., Gerolamo, A. M., Marino, M. A., Hanson-Zalot, M. E., & Pogorzelska-Maziarz, M. (2021). COVID-19 vaccination readiness among nurse faculty and student nurses. Nursing outlook, 69(4), 565-573. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.01.019

Martínez-Lorca, M., Martínez-Lorca, A., Criado-Álvarez, J. J., Armesilla, M. D. C., & Latorre, J. M. (2020). The fear of COVID-19 scale: Validation in spanish university students. Psychiatry research, 293, 113350. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113350

AUTORES/AUTHORS:

Luis Alberto Sánchez–Alfaro Odontológo. Especialista en Bioética. MSc en Bioética. PhD en Bioética. Profesor Asociado, Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Profesor Asociado, Facultad de Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá, Colombia. Miembro del Consejo Asesor de la Red Bioética UNESCO para América Latina y El Caribe. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5219-2639 Correo electrónico: lasancheza@unal.edu.co

TÍTULO/TITLE:

Vida universitaria, proceso de formación y concepciones sobre justicia social en estudiantes de odontología

Palabras clave

Justicia social; Educación en salud; Vida universitaria; Odontología.

Introducción y objetivo

El acceso a los servicios de atención en salud es uno de los indicadores que muestra cómo estamos en términos de justicia social en cuanto a la distribución y goce efectivo de bienes y servicios en salud. Se ha descrito que en Colombia los grupos poblacionales con más bajo estatus socioeconómico y los étnico-raciales más desfavorecidos tienen menor acceso servicios de atención en salud, incluyendo lo relacionado con la salud oral, y por tanto menor disfrute del derecho a la salud, millones de colombianos enfrentan barreras económicas, geográficas y administrativas para lograr la atención requerida y al lograrla, no reciben suficiente cuidado (Viáfara-López et al., 2021; Abadía Barrero, et al., 2012). Colombia mantiene un círculo vicioso de injusticia social emanado de la triada “situación de vulnerabilidad/vulnerabilizados–desigualdad social–pobreza/pobreza extrema” que finalmente deviene en inequidades en salud y en salud oral.

Para contribuir a la realización de la justicia social, constructo históricamente polisémico (Echeverría, 2022), la educación cobra un papel trascendental. La educación universitaria tiene como propósito potenciar en el alumnado un compromiso activo con su formación transdisciplinar, integral y holista, pero también con la sociedad, independientemente de la disciplina de su especialidad, haciendo análisis de la realidad de los colectivos oprimidos y desfavorecidos (Frondizi, 2005; Freire, 2009; Cecchi et al., 2013; Corrales, 2007; Martínez Lirola, 2019). Lo anterior llevó a plantear el siguiente **objetivo general:** interpretar la construcción de concepciones sobre justicia social en relación con la vida universitaria y el proceso de formación en estudiantes de odontología de una universidad pública colombiana.

Metodología

Investigación cualitativa comprensivo-interpretativa. Buscó comprender cómo los estudiantes de odontología durante su vida universitaria y proceso de formación en la Universidad Nacional de Colombia construyen concepciones de justicia social.

Se utilizaron herramientas relacionadas con la etnografía (Guber, 2011) y la Investigación Basada en Arte -IBA (Hernández, 2008): los grupos de discusión (talleres de IBA), el diario de campo y la entrevista semiestructurada. En los talleres de IBA participaron 182 estudiantes, 103 mujeres y 79 hombres. En las entrevistas 20 estudiantes: 6 hombres y 6 mujeres de origen provinciano; 4 hombres y 4 mujeres de origen urbano (Bogotá). Los participantes de este estudio fueron estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, hombres y mujeres, que se encontraban cursando primer, sexto y décimo semestre de formación en pregrado. Las edades de los participantes oscilaron entre los 18 y 33 años de edad.

El análisis se realizó de forma manual a partir de las transcripciones. Se diseñó una matriz de análisis en coherencia con los objetivos de la investigación. Se realizó un análisis categorial (hermenéutico deductivo–inductivo), esto permitió la emergencia de categorías que complementaron o refutaron las preestablecidas en términos teóricos.

Consideraciones éticas

De acuerdo con la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, este estudio se clasifica como “Investigación de Riesgo Mínimo” ya que se obtuvo información sensible sobre los procesos vitales de los participantes y sus experiencias de vida. Se mantuvo respeto a la dignidad humana, la privacidad y la confidencialidad tal como lo contempla la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005). El estudio fue avalado por el Comité de ética de investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

Resultados

Fueron identificadas 14 categorías deductivas y 7 categorías emergentes. Las categorías emergentes que tomaron mayor fuerza y articulan el corpus de los hallazgos fueron: “el Campus como territorio”, “la multidiversidad en la Universidad”, “la alteridad”, “la autonomía profesional” y “el espacio pedagógico ético-político / currículum oculto”. El ejercicio hermenéutico deductivo–inductivo permitió plantear tres (3) dimensiones sobre las cuales versan las narrativas sobre nociones sobre justicia social en la población participante:

1) Justicia social dinámica: el cruce de caminos entre solidaridad, equidad e igualdad.

   Con los hallazgos se evidencia que tomar nota de la relación existente entre pobreza y desigualdades sociales como problemas que afectan el desarrollo humano, el bien común, el buen vivir y la vida felicitante, es el primer paso en la consolidación de una idea de justicia social dinámica donde dialogan solidaridad, equidad e igualdad. Como planteamiento de idea de justicia social, a nivel general, subyace en el grupo de participantes planteamientos consistentes con la *Justicia social dinámica* y su detonante es la reflexión permanente sobre la realidad, la vivencia y la objetivación que se hace de la experiencia; en esto los análisis sobre la relación existente entre pobreza e inequidades son elementos calve.

2) Justicia social dinámica y salud oral: redistribución, oportunidades, solidaridad y autonomía profesional.

En cuanto a las concepciones de justicia social subyacentes al análisis de contextos y casos de inequidades en salud oral los participantes plantean problemas relacionados con acceso a los servicios de atención e impacto negativo del modelo neoliberal a las capas más vulnerables y pobres de la sociedad. Para los entrevistados en Colombia las inequidades en salud y educación son evidentes desde el punto de vista económico. La salud oral no es ajena a esta situación y tal vez hasta se amplifica el nivel de inequidad dado que la odontología implica una inversión alta que el Estado actualmente no ha realizado. Dadas las diferentes barreras en la prestación de servicios para el cuidado de la salud oral, en aras de garantizar la justicia social en odontología es importante lograr sinergia entre distintos actores implicados en el proceso de atención con la finalidad de lograr el reconocimiento de los derechos individuales y colectivos de los grupos humanos y por ende la real igualdad de oportunidades para todos según sus necesidades.

3) Vida universitaria y proceso de formación: momentos propicios para la justicia social.

Los estudiantes de Odontología participantes en esta investigación, nutren su noción sobre justicia social dinámica a partir de análisis de problemas sociales durante su vida universitaria y su proceso de formación en la Universidad Nacional de Colombia. Las reflexiones y análisis entorno a los problemas que afectan el desarrollo humano, el bien común, el buen vivir y la vida felicitante delinean y consolidan esta noción. El proceso de formación y las prácticas educativas que van más allá del aula permiten conocer y comprender la realidad, así como consolidar capacidades para luego transformar dicha realidad. La justicia social es un proceso dinámico que implica la constante revisión de su propio conjunto de constructos y variables, que siempre tendrán la impronta del tiempo, el espacio y el contexto de quienes definan lo justo y para quien lo definan. El corazón de la justicia social dinámica está en lograr las transformaciones necesarias, revisadas en el presente pensando en el presente en pro de un mejor futuro, en aras del bien común, el desarrollo humano, el buen vivir y la vida felicitante.

Discusión y conclusiones

La justicia social y la equidad en salud se identifican con frecuencia como "valores fundamentales" para el campo de la salud y la odontología; sin embargo, no se aclara en qué consisten estos valores en la práctica (Smith, 2021). La noción de justicia social dinámica donde dialogan la solidaridad, la equidad y la igualdad plantea una permanente mirada bioética y política a varios asuntos propios de la realidad social y de los fines últimos de las profesiones del área de la salud, como es la odontología. Esta investigación plantea la justicia social como *telos* de la realización humana y fundamento para la vida (social y profesional, buena, felicitante y política) y la libertad (ser) implica tomar acciones basadas en los principios de solidaridad, equidad e igualdad y algunas virtudes como la imparcialidad y la prudencia, planteadas por Heller (1990).

Las enfermedades de la cavidad oral son prevenibles y el acceso a su resolución está mediado por sortear itinerarios y barreras que generan daños en la salud y la vida de las personas. Este estudio coincide con Lucas (2020) para quien la justicia social es un importante determinante psicosocial de la salud. Para este autor en el contexto sanitario la justicia

social en salud abarca el acceso a los bienes y servicios, la distribución de los resultados sanitarios deseables e indeseables en los grupos sociales, y las evaluaciones subjetivas que emergen del intercambio social cotidiano frente a lo equitativo, lo justo o injusto. Estas evaluaciones subjetivas permiten, como lo plantea esta investigación, la búsqueda de consensos contextuales e históricos mediante el ejercicio de la racionalidad argumental o de intelecto respetando siempre los principios básicos de la justicia social dinámica, la libertad y la vida (Heller, 1997).

Pensar la justicia social dinámica en odontología implica reconocer como injusto que el cuidado de la salud oral sea un servicio que se mercantiliza y su acceso depende del poder adquisitivo individual, esto afecta negativamente, en especial, a las capas más vulnerables y pobres de la sociedad. He aquí la importancia de la observancia de las necesidades de la población, de la solidaridad y la búsqueda del bien común, de entender la salud oral como parte del derecho humano a la salud. Kontaxis y Esfandiari (2022), Lala (2022) y Neville (2022) han planteado la importancia de promover el desarrollo de la conciencia social en los estudiantes de odontología, de descolonizar lo que se enseña y la forma como se enseña la odontología en aras de lograr que los odontólogos se cuestionen sobre la justicia social. Sin embargo, no se trata solo de la transformación del currículo. La construcción de concepciones sobre justicia social se relaciona con la vida universitaria y el proceso de formación, cuando la vida universitaria permite la interacción con la multidiversidad humana, la conexión con el ambiente y con otras formas de vida, y el proceso de formación crítico y ético–político sale del aula para conocer y comprender la realidad social mediante procesos de formación generadores de reflexiones y las prácticas educativas que van más allá del aula, promoviendo en los estudiantes el pensamiento crítico e ideas para contribuir en la solución de problemas sociales y la transformación de la realidad.

Para concluir, se puede plantear que la justicia social dinámica, más allá de los aspectos redistributivos en términos cuantitativos, considera el impacto generado en las condiciones y modos de vida de las personas, la satisfacción de las necesidades y las oportunidades reales para una vida buena, esto indica que a la justicia social le interesan los aspectos cualitativos relacionados con la vida y la libertad de los individuos y sus comunidades. De acuerdo con las vivencias de los participantes, el Campus como territorio, el reconocimiento de la alteridad y la visión de futuro promueven en ellos reflexiones conducentes a la construcción de la noción de justicia social dinámica. Esto les permite a los estudiantes del presente comprender los retos actuales y futuros, la construcción de un sujeto colectivo que reflexiona sobre cómo transformar la realidad para tener una mejor sociedad. Sin embargo, encarnar la noción de justicia social dinámica implica un ejercicio de apertura mental y autoexamen crítico.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1) Abadía Barrero, C.E., Crane, E.S., & Camilo Ruíz, H. (2012). Defending the Right to Health in Colombia. *NACLA Report on the Americas*, *45*(2), 70-74. https://doi.org/10.1080/10714839.2012.11722098

2) Cecchi, N. H., Pérez, D. A., & Sanllorenti, P. (2013). *Compromiso Social Universitario. De la universidad posible a la universidad necesaria*. IEC– CONADU.

3) Echeverría, P. (2022). Justicia social: Revisitando antecedentes teóricos e históricos de un concepto complejo para comprender la realidad social chilena. *Revista Contextos*, *50*, 64-95.

4) Freire, P. (2009). *El grito manso* (Segunda Edición). Siglo XXI Editores.

5) Frondizi, R. (2005). *La universidad en un mundo de tensiones: Misión de las universidades en América Latina*. Eudeba.

6) Guber, S. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI editores.

7) Heller, A. (1990). *Más allá de la justicia*. Crítica.

8) Heller, A. (1997). Tesis sobre la justicia social. En *Justicia social. Cátedra Ciro Angarita* (pp. 33-38). Estudios ocasionales Centro de Investigaciones Sociojurídicas – CIJUS, Universidad de los Andes.

9) Hernández, F.H. (2008). La investigación basada en las artes. Propuestas para repensar la investigación en educación. *Educatio Siglo XXI*, *26*, 85-118.

10) Kontaxis, K.L., & Esfandiari, S. (2022). Social Justice Education in Dentistry: A Qualitative Analysis and Conceptual Framework. *JDR Clinical & Translational Research*, 238008442110727. https://doi.org/10.1177/23800844211072778

11) Lala, R. (2022). The Case for Decolonising the Dental Curricula in the UK [Special issue of Community Dental Health, to be disseminated at the 'Power in Dentistry' International Association for Dental Research symposi. *Community Dental Health*, *39*(2), 143. https://doi.org/10.1922/CDH IADR22Lala06

12) Lucas, T. (2020). Health Consequences and Correlates of Social Justice. En R. H. Paul, L. E. Salminen, J. Heaps, & L. M. Cohen (Eds.), *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology* (1.ª ed., pp. 223-230). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch70

13) Martínez Lirola, M. (2019). Cómo potenciar la justicia social y la pedagogía de Freire en la enseñanza universitaria. Ejemplos de la enseñanza universitaria del inglés. *Praxis Educativa*, *14*(1), 34-48. https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v.14n1.002

14) Neville, P. (2022). Social justice, activism and dentistry in the era of #BLM. *Community Dental Health*, *39*(1), 59-63. https://doi.org/10.1922/CDH 00151Neville05

15) Colombia – Ministerio de Salud. Resolución 008430 del 4 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud". 1-19. 1993. Disponible: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RES_OLUCION-8430-DE-1993.PDF

16) Smith, M. J. (2021). Social Justice and Health Equity: Core Ethical Values in the Health Sciences. *ELS*, *2*, 1-6. https://doi.org/10.1002/9780470015902.a0028978

17) UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Disponible: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL ID=31058&URL DO=DO TOPIC&URL SECTION=201.html

18) Viáfara-López, C.A., Palacios-Quejada, G., & Banguera-Obregón, A. (2021). Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: Un estudio de corte transversal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *45*, 1. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.18

Mesa 24: Cuidados materno-filiales
Session 24: Maternal and infant care

AUTORES/AUTHORS:
M. Ramos Carbajo

TÍTULO/TITLE:
Implantando la guía RNAO “Lactancia materna”: análisis de resultados en atención primaria

INTRODUCCIÓN

La leche materna constituye el alimento natural e ideal para recién nacidos y lactantes. Sus características nutricionales brindan un crecimiento armónico, administrado como único nutriente, a demanda, durante los primeros 6 meses de vida y hasta los dos años o más complementada con una alimentación nutricionalmente adecuada y segura.

La Promoción, protección y apoyo de la Lactancia Materna es fundamental para alcanzar este propósito.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna, atención primaria, promoción de la
salud, lactante, madres

OBJETIVO

Analizar los resultados en el fomento de la lactancia materna en nuestro Centro de Salud dando continuidad a la implantación de la GBP RNAO Lactancia materna desde 2012.

MATERIAL Y MÉTODO

ÁMBITO: Atención Primaria.

Muestra a estudio: Lactantes de 0 a 24 meses de edad, que acuden a consulta programada de enfermería y son analizados los días establecidos por el Centro Colaborador desde el año 2019 al 2022. **Criterios de exclusión:** Parto gemelar, diferente fecha de alta hospitalaria madre-hijo. Se obtuvieron 271 registros

Variables: Edad madre, tipo de parto, sexo y peso del RN, educación sobre lactancia prenatal y postparto. Lactancia materna exclusiva (LME) al alta. Tiempo en días de LME y Lactancia Materna Total (LMT). Motivo de abandono de LM

Recogida de datos: Historia Clínica Informática y plataforma Carevid. Se analizan los datos con Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS

Socio demográficos*:*

La edad media de la madre de los niños a estudio es de 32,54. El 47% de los lactantes son niñas, el 53% niños con un peso medio de 3.260 gr.

De indicadores: En el año 2019 el 38,98% de los nacimientos fueron mediante cesárea, el 26,32% en el 2020, el 35,05% en el 2021 y el 35,56% en el 2022. Realizan educación prenatal el 55,56% de las embarazadas en el año 2019, el 60,53% en el 2020, el 67.71% en el 2021 y el 53,01% en el 2022. Reciben educación postparto sobre lactancia maternal el 94,55% de las puérperas en el año 2019, el 94,44% en el 2020, el 88.54% en el 2021 y el 85,54% en el 2022. Toman LME al alta en el año 2019 el 39,7% de los RN, el 55,3% en el 2020, el 45,4% en el 2021 y el 47,8% en el 2022. La media en días de LME es de 67,58 días en el año 2019, de 64,05 en el 2020; de 73,41 en el 2021 y de 64,72 en 2022. La media en días de LMT es de 140,49 días en el 2019, de 110.68 en el 2020; de 172,31 en el 2021 y de 152,13 en el 2022.

Motivos de abandono de la lactancia materna más relevantes son:

-Decisión materna: el 22% de las madres en el año 2019; el 21% en el 2020; el17,20% en el 2021 y el 30,86% en el 2022.

-Estrés materno sube a un 10,52% en el año 2020.

DISCUSIÓN. - Los nacimientos por cesárea han disminuido desde el año 2019, principalmente en el 2020. La educación prenatal ha aumentado en los años 2020 y 2021 y baja en el 2022. La Educación post parto a puérperas ha disminuido en estos años respecto a los anteriores. Los días de media de LME bajaron en los 2020 y 2022. Los días de media de LMT bajaron en el año 2020 pero están al alza en los años 2021 y 22.

La mayoría de las madres desean amantar a sus hijos hay un notable aumento de los recién nacidos alimentados con lactancia materna exclusiva en el momento del alta. Por otra parte, es evidente que la decisión materna es el motivo más relevante durante los años de estudio para el abandono de la lactancia materna. En el año 2020 el estrés materno ocupó el 2º puesto.

APLICABILIDAD PARA LA PRACTICA

Mejoras en la formación y educación a las madres durante el postparto para dar continuidad a la decisión de amamantar a su hijo desde el nacimiento.

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.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.-Espín Jaime B, Martínez Rubio A. El paso de la teta a la mesa sin guion escrito. *Baby led weaning:* ¿ventajas?,¿riesgos? En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 59-66.

2.- Guía de Lactancia para madres y padres. El camino natural. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Dirección General de salud Pública. DL VA 882-2021

3.- Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Vitoria - Gasteiz, 2017

4.-Rodríguez Delgado J. Recomendaciones nutricionales y evidencia científica: ¿hay más dudas que certezas? Rev Pediatr Aten Primaria. 2019; 21:69-75. 5.-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.-Registered Nurses´ Association of Ontario (RNAO). (2014). Prevención primaria de la Obesida Infantil, Toronto (ON), Canadá: Registered Nurses' Association of Ontario.

6.-http:// faros.hsjdbcn,org

7.- Video "Un paseo saludable por tu centro de salud"- https://youtu.be/s22YnmCpKnU

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER NINGÚN CONFLICTO DE INTERESES

Mesa 25: Práctica clínica basada en la evidencia
Session 25: Evidence-based clinical practice

AUTORES/AUTHORS:

Miguel Ángel Collazos Martínez[1], Sofía Martin Monjas[1], Alba Canteli Díez[1], Fabrizio Evangelista[2], Mercedes Ramos Sastre[1], Rebeca Saldaña Burgos[1], Sara Medrano Blanco[3], Carmen Aldonza Valderrey[1], Lucía Zúñiga Blanco[1], Mar Echeverría Zamanillo[2].

1. *Enfermero/a. Hospital Universitario Rio Hortega. Área de Salud Valladolid Oeste.*
2. *Enfermero/a. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste. Área de salud Valladolid Oeste.*
3. *Fisioterapeuta. Hospital Universitario Rio Hortega. Área de Salud Valladolid Oeste*.

TÍTULO/TITLE:

Conocimiento del personal de enfermeria sobre las indicaciones de uso de las barandillas de la cama en el hospital

Palabras clave: restricción física; unidades de hospitalización; conocimiento; personal de enfermería; barandillas.

Objetivo(s):

Identificar el conocimiento de las enfermeras y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs) sobre las indicaciones de las barandillas en pacientes hospitalizados en unidades de agudos.

Determinar la influencia de las variables sociodemográficas valoradas en el proyecto sobre el conocimiento teórico.

Comparar el conocimiento de las enfermeras y TCAEs de las distintas unidades del hospital desde el punto de vista de la evidencia científica y detectar necesidades formativas.

Establecer recomendaciones de uso de barandillas laterales basadas en la evidencia que mejoren la seguridad.

Métodos:

Estudio cuantitativo, observacional y transversal llevado a cabo en unidades de hospitalización y de críticos. La población a estudio está compuesta por enfermeros y TCAEs con labor asistencial en las unidades de hospitalización de adultos. Se elabora y valida el contenido de un cuestionario mediante un panel de expertos, las variables recogidas con dicha herramienta y que son objeto del estudio son sociodemográficas y conocimientos (escala Likert). Se realiza análisis descriptivo de los resultados y asociación de variables con chi-cuadrado.

Resultados:

Se obtuvieron 350 cuestionarios resueltos en distintas unidades: Médicas (54,6%), Quirúrgicas (25,4%), Críticos (20%). En cuanto a la profesión el 59,4% eran enfermeras y el 40,6% TCAEs. Los datos de edad sitúan el 80% de la muestra entre 25-55 años. El 80,3% tiene menos de 20 años de experiencia (47,7% <10 años).

En 2 de cada 3 preguntas de conocimiento (puntuación de 4-5 en la escala Likert), como mínimo el 60,0% de los encuestados conoce la indicación de las barandillas. En 1 de cada 2 preguntas la indicación es conocida por más del 80% (81,1%-94,5%). Se establecen diferencias significativas ($p<0.05$) en el 66,7% de las preguntas de conocimiento versus tipo de unidad y en el 66,7% también de conocimiento frente al tipo de profesión

Las alternativas sugeridas a las barandillas: Manejo del entorno (incluye habitación, cama baja...) (68,57%), contención verbal (6,86%), contención física (40,57%), contención química (17,43%), vigilancia continuada (41,71%), acompañamiento familiar (78%), otras opciones (2%).

Discusión:

Los conocimientos teóricos son distintos en función de la unidad de trabajo y de la profesión del encuestado, mayor grado de conocimiento implica un menor uso de las barandillas. Un aprendizaje basado en la experiencia o la edad no resulta de utilidad (no es significativo); se recomienda formación y difusión de las indicaciones basadas en la evidencia.

Se propone modificar el entorno con vigilancia lo más continua posible, por el personal de enfermería o de los cuidadores, para prevenir caídas y lesiones derivadas, así como, intervenciones individualizadas para mejorar la seguridad del paciente.

Las implicaciones asociadas a la colocación de barandillas relacionadas con el paciente son: riesgo de caídas, comodidad, permitir su movilización, sentirse protegido, agresividad, manipulación de dispositivos, traslados intrahospitalarios y/o barrera física para establecer los límites de la cama; relacionadas con el entorno: falta de personal, calidad del ambiente; relacionadas con la enfermera: formación y experiencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Gandoy-Crego M, Polo-Luque LM, Gómez-Cantorna C, Capezuti EA. Perception of Spanish Nursing Staff on the Use of Physical Restraints. Journal of Nursing Scholarship. 2014 Apr 22;46(5):322–30.

2 Huynh D, Lee ON, An PM, Ens TA, Mannion CA. Bedrails and Falls in Nursing Homes: A Systematic Review. Clinical Nursing Research. 2020; Vol. 30(1) 5-11.

3 García-Huete ME, Sebastián-Viana T, Lema-Lorenzo I, Granados-Martín M, Buitrago-Lobo N, Heredia-Reina M del P, et al. Las caídas hospitalarias, estrategia de mejora para disminuir su incidencia. Enfermería Clínica. 2016; 26(2):96–101.

4 Ministerio de Sanidad Gobierno de España. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022). Madrid; 2022

5 National Institute for Health and Care Excellence. Overview: Falls in older people. Quality standards. London; 2015.

6 Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Madrid. 2014.

7 Registered Nurses`Association of Ontario (RNAO). Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones. Ontario;2012.

8 Palese A, Longhini J, Businarolo A, Piccin T, Pitacco G, Bicego L. Between Restrictive and Supportive Devices in the Context of Physical Restraints: Findings from a Large Mixed-Method Study Design. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(23): 12764.

9 United Kingdom Government. Bed rails: management and safe use. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. London 2023

10 Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Polo-Luque ML, Hanzeliková Pogrányivá A, Penelo E. Physical Restraint Use with Elderly Patients: Perceptions of Nurses and Nursing Assistants in Spanish Acute Care Hospitals. Nurs Res. 2018 Jan/Feb;67(1):55-59.

11 Möhler R, Nürnberger C, Abraham J, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;2016(12): Issue 12. Art. No.: CD012476.

12 Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez González E, Pérez Hernández D de G, Gandoy Crego M. Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2013 Sep;48(5):209–15.

9) **Otros aspectos del trabajo:**

El diseño del estudio fue presentado previo a su desarrollo al Comité de ética, CEIm, del hospital, obteniendo su informe favorable Ref: 23-PI047. El consentimiento informado aparece en la hoja de explicación del cuestionario y su cumplimentación otorga per se la aceptación del consentimiento. En la prueba piloto se pide de manera implícita al someterse de manera voluntaria a la valoración del mismo.

I. Los autores no tienen conflicto de intereses.
II. Los autores niegan haber utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

AUTORES/AUTHORS:

Azucena González-Sanz[1] (ORCID: 0000-0002-360-1496), Ana Belén Lozano-Lozano', Ana Belén Báez-Marín', Araceli Blanco-Rodríguez', Rebeca Santos-Nieto', Gloria Bobillo-Fernández', Esther Colinas-Zarza[l], Lara Toribio-Gómez[2], Carmen Vicente-Sevillano'

"Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora- SACYL-Centro adscrito a la Universidad de Salamanca.

'Complejo Asistencial de Zamora. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora.

Palabras clave: Catéter venoso, buenas prácticas, cuidados de enfermería, guía

TÍTULO/TITLE:

Cuidado de los accesos venosos: repercusión de la implantación de una guía de buenas prácticas.16556

Introducción y objetivos: Los catéteres venosos son los dispositivos invasivos más utilizados en la asistencia sanitaria y su uso puede ocasionar complicaciones. La variabilidad de los cuidados de estos accesos venosos repercute en los resultados de salud y en la seguridad clínica. El objetivo principal de este trabajo es valorar la repercusión de la implantación las guías de buenas prácticas de la RNAO® en los cuidados en los catéteres venosos. Otros objetivos son conocer los aspectos relacionados con el mantenimiento de los catéteres que necesitan ser mejorados.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal en un Complejo hospitalario con 3 hospitales (uno de ellos a 60 km del de referencia) y 17 unidades, en los que se obtuvieron los datos tras un muestreo probabilístico de conveniencia.

Se auditaron las siguientes variables relacionadas con los cuidados de los catéteres venosos: apósito utilizado, colocación correcta del mismo, fecha de cambio del apósito identificada en este, punto de inserción visible, tipo de tapón utilizado e identificación de la fecha en los sistemas de perfusión. Se realizaron tres medidas de estos ítems en los meses de noviembre de 2022, antes del inicio de la formación de los impulsores en las distintas unidades, y febrero y mayo de 2023. Se realizó un análisis descriptivo de los datos con medidas de frecuencias absolutas y porcentajes, y promedios de porcentajes acumulados.

Resultados: Se han revisado 577 catéteres en 547 pacientes. Desde la primera auditoría de noviembre el apósito transparente se ha utilizado en el 99% de los catéteres, sin embargo, la colocación correcta del mismo ha pasado de un 63% en noviembre (donde en 5 unidades la colocación correcta era inferior al 50%), a un 69% en febrero para alcanzar un 80% en mayo. La identificación de la fecha en el apósito ha pasado de un 28% en el primer corte a un 75% en el último. El punto de inserción era visible en un 80% de los catéteres en la medición de noviembre, frente al 86% de las últimas mediciones. El punto de inserción del catéter era visible en un porcentaje promedio de las 3 fases en un 84% de los catéteres. La fecha aparece reflejada en el apósito en un promedio de 58% de los casos, mientras

que en los sistemas solo aparecía en un 23% de los mismos como media de las 3 medidas realizadas. Se ha conseguido un promedio del 82% 'de cumplimiento de los ítems valorados basados en las indicaciones de la guía.

Discusión: El grado de cumplimiento de casi todos los ítems es muy elevado (mayor del 75%), sin embargo se han encontrado un número mayor de catéteres que de pacientes, lo que puede indicarnos que o no se han retirado los catéteres innecesarios como indica la guía, o bien sería necesario optar por otro tipo de catéter, que permitiese cubrir las necesidades con solo uno, exceptuando los pacientes de UCI que necesitasen una vía arterial.

En cuanto a la visibilidad del punto de inserción indicada por la guía, y a pesar de que existe material acorde a la indicación, la incorrecta colocación del mismo hace que en ocasiones éste no sea visible. Sin embargo, hemos constatado en la última revisión la ausencia de vendas cohesivas, vendas de crepé o esparadrapos, que lo ocultaban en las anteriores.

Las unidades con mejores índices de cumplimiento corresponden con las unidades donde se inició la implantación de las recomendaciones, excepto la UCI donde los buenos indicadores pueden estar relacionados con otros proyectos como el de Bacteriemia Zero.

Las unidades cuyos resultados están por debajo de la media se corresponden con unidades en las que no hay impulsores o estos han dejado su puesto debido motivos de traslados.

Creemos necesario la existencia de impulsores en todas las unidades, de forma que promuevan cuidados de calidad en el cuidado de los catéteres

Otros aspectos: El estudio no precisa la aprobación del Comité de ética clínica y los participantes han prestado su consentimiento verbal para participar en el estudio. Los autores declaran no tener conflicto de intereses. No se han utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Este trabajo ha sido realizado utilizando 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®".

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(ON): RNAO; 2021 [citado 2 de junio de 2022]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/AccesoVascular2021.pdf

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.

Aizpuru Martínez A, Armenteros Yeguas V, Cabrerizo Chocero ML, Cidoncha Moreno MA, del Río Pisabarro C, Díez Ayestarán Eva et al. Guía para el cuidado del acceso vascular en adultos [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2021 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: https://seinav.org/guia-para-el-cuidado-del-acceso-vascular-en-adultos-2021/

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

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/ws as-media-pdfpublicacion/2021/guiafasedispositivosvenosos.pdf

Plan Nacional Resistencia Antibióticos. Prevención de complicaciones relacionadas con accesos vasculares de inserción periférica. Programa Flebitis Zero [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019 [citado el 2 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.resistenciaantibioticos.es/sites/default/files/documentos/programaflebitiszer_o.pdf

AUTORES/AUTHORS:
Josefa Rodríguez Moreno, Yolanda Llàdo Maura, Magdalena Lucía Berga Figuerola, Verónica Lluch Garví, Mª Del Carmen Canet Cortés, Antonia Pol Ginard

TÍTULO/TITLE:

Aportando valor a la práctica clínica asistencial a pacientes con dispositivos de acceso vascular

Palabras Claves: Práctica basada en la evidencia, Pacientes con dispositivo de acceso vascular, Evento adverso.

1. Objetivo

Analizar el proceso de implementación y el impacto de prácticas basadas en la evidencia científica (PBE) en pacientes con dispositivos de acceso vascular (DAV), ingresados en el Hospital Universitario Son Llàtzer (HUSLL) durante el año 2019 al 1ºtrimestre del 2023.

2. Material y Métodos

2.1 Diseño del estudio y población

Estudio observacional retrospectivo. Pacientes portadores de un DAV, ingresados en las unidades de hospitalización Médicas (6UHM) y unidades de hospitalización Quirúrgicas (6 UHQ) del HUSLL durante el año 2019 al 1º trimestre del 2023.

2.2 Criterios de inclusión/ exclusión

Se incluyeron todos los pacientes portadores de un DAV (dispositivos de acceso vascular periférico y dispositivos de acceso vascular central) ingresados en las unidades de hospitalización del HUSLL durante el año 2019 al 1º trimestre del 2023.

Quedan excluidos pacientes con: catéteres de hemodiálisis, vías de la arteria pulmonar, vías de aféresis sanguínea, catéteres epidurales, dispositivos de monitorización arterial, arteria y vena umbilical, catéteres femorales y vías intraóseas.

2.3 Metodología de implementación

Se utilizó como recurso la Guía de Práctica Clínica (GPC) RNAO “Valoración / selección, mantenimiento y cuidados en pacientes con DAV”, para guiar las buenas prácticas y la toma de decisiones de las enfermeras en su práctica clínica diaria, en el cuidado de pacientes con DAV. La GPC fue seleccionada por el servicio de salud de las Islas Baleares, como parte del proyecto de adhesión de las instituciones sanitarias a trabajar con GPC RNAO(Registered Nurses Association of Ontario, Canadá).

En la institución sanitaria se diseñó una estructura sólida para que fuera posible el proceso de implementación de buenas prácticas en el cuidado del paciente portador de DAV: equipo responsable de implementación e impulsores de buenas prácticas. Ambos equipos recibieron formación en “metodología en el proceso de implementación”.

Los equipos de implementación responsables de implementar recomendaciones en la mejora de la práctica de los cuidados a pacientes portadores de DAV, utilizaron como recurso” la herramienta de implantación de guías de buenas prácticas RNAO” dónde se describe de forma detallada la transferencia de la evidencia a la práctica clínica ,contemplando el modelo del “Conocimiento para la acción” .Modelo que comprende 7 etapas para la implementación exitosa de la guía: identificación del problema, adaptación del conocimiento al contexto local, evaluación de la barreras / elementos facilitadores para la utilización del conocimiento, selección de las intervenciones y monitorización del proceso de implementación mediante los indicadores de proceso / resultado.

2.3 Recogida de datos

Se utilizó una plataforma común para la recogida y análisis de los datos(NQuIRE-CarEviD).Dónde se evaluaron todos los pacientes con DAV , dados de alta los 5 últimos días (sostenibilidad 3 días) de cada mes. En esta última fase identificaron los impulsores responsables de la evaluación .Previamente realizaron un taller formativo en la recogida de datos.

Para evitar posibles sesgos en la recogida de datos se elaboró un manual de evaluación como herramienta de consulta para los impulsores evaluadores.

Las variables principales de estudio fueron Valoración/selección DAV, Intervención, cambio del apósito DAV y Complicaciones dispositivo de acceso vascular periférico y dispositivo de acceso vascular central (DAVP/DAVC).

2.4 Análisis estadístico

Para evaluar el impacto en resultados en salud de los pacientes se calculó mediante el indicador, número de pacientes con complicaciones nuevas DAVP/ pacientes con DAVP*1000(vad_out01), número de pacientes con complicaciones nuevas DAVC/pacientes con DAVC*1000(vad_out04).

Todo el proceso de implementación quedó recogido en las memorias anuales de seguimiento dónde quedaban registradas la barreras/ elementos facilitadores y estrategias de implementación.

2.5 Consideraciones éticas

El estudio se realizó de acuerdo a las normas de la Buena Práctica Clínica y Guías de la Conferencia Internacional de Armonización [ICH].

Todos los datos son tratados manteniéndose la confidencialidad de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales 3/2018. Los sujetos se identificaron únicamente por código, manteniendo la anonimización, de forma que no se pueda identificar a los sujetos de estudio.

Resultados

En el primer año del proceso de implementación, en una primera fase de diagnóstico de la organización, las barreras detectadas con más frecuencia fueron: desconocimiento de los profesionales de salud en trabajar con PBE, falta de liderazgo/empoderamiento y resistencia al cambio. Como elemento facilitador: motivación de los líderes del proyecto al cambio, apoyo institucional, proyectos concurrentes, colaboración activa del departamento de formación/calidad e investigación y accesibilidad de la evidencia con las nuevas tecnologías diseñadas en la institución.

Las estrategias utilizadas fueron: campañas de difusión del proyecto, impulsor/influencers de buenas prácticas motivados con capacidad para crear un cambio de cultura y por último la formación continuada de los profesionales sanitarios. En las campañas de difusión del proyecto se contempló también a los estudiantes de enfermería y nuevos profesionales de enfermería que empezaron a trabajar en la organización para minimizar la barrera de “rotación del personal”.

En periodo de sostenibilidad fue necesario continuar con las mismas estrategias planificadas en años anteriores. Planificando de nuevo, campañas de difusión del proyecto y formación de nuevos impulsores para mantener los logros conseguidos en los primeros 3 primeros años de implementación de la guía de acceso vascular.

Para empezar a crear una cultura de trabajar con evidencia entre los profesionales de enfermería, se planifico sesiones informativa de 10’ o “píldoras informativas “de difusión de los resultados en las unidades de hospitalización.

En el periodo de sostenibilidad, el trabajar en RED con otros hospitales fue considerado como un elemento facilitador a la hora de definir nuevas estrategias en las instituciones sanitarias.

Se analizó el impacto del cuidado del paciente portador de DAV ,durante estos tres años de implementación de la guía, en el que se estudiaron un total de 4.197 pacientes con DAV,un 53% fueron hombres vs 47% mujeres, de los cuales un 97% llevaron un DAVP vs un 3% DAVC. Durante el periodo de estudio se insertaron un total de 6.822 DAVP y 348 DAVC.

El indicador vad_pro01 (valoración del dispositivo adecuado) se observó una mejora en el aumento de porcentaje de un 2,7% (año 2019) al 17% (1ºTrimestre 2023).Fue necesario incluir las valoraciones en el registro especial de vías vasculares y dar formación a las unidades para mejorar la cumplimentación del registro.

En el indicador vad_pro04 (cambio de apósito) mantiene el mismo porcentaje del 76% durante los años estudiados. Ya se partía de porcentajes elevados de cumplimentación, la planificación automática de planificación del registro actuó como elemento facilitador.

Como complicaciones, DAVP (vad-out01) vemos como no hay un aumento significativo de la tasa estando en un 11% de complicaciones nuevas por 1000 días de catéter periférico, siendo la flebitis como una de las complicaciones más frecuentes. Hay que destacar una disminución progresiva de la incidencia de flebitis (IA) de un 12,79% (año 2019) al

8,61% (1ºTrimestre 2023). En las complicaciones nuevas en pacientes con DAVC por 1000 días de catéter central, vemos un descenso del 1,5% respecto al 3% (año 2019)

Conclusión

La Incorporación de la GPC en el cuidado del paciente con DAV ha permitido dejar de hacer prácticas innecesarias en el cuidado, que no aportan ningún beneficio clínico para el paciente. La valoración del DAV más adecuado para el paciente y la retirada de catéteres vasculares innecesarios ha sido un punto de partida en la mejora de los indicadores clínicos del paciente.

No obstante trasladar la evidencia científica a la práctica asistencial requiere equipos consolidados: líderes de implementación, líder-colíder de guía e impulsores de buenas prácticas. Donde exista una evaluación continua, planificación de nuevas intervenciones, liderazgo y actitud positiva ante las posibles barreras que aparezcan en el proceso de implementación.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014 CuidadoAccesoVascular spp 022014.pdf
2. Herramienta de implantación de buenas prácticas .Septiembre 2012.Segunda edición. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit en15.pdf

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

AUTORES/AUTHORS:

C. Bendito Barber

TÍTULO/TITLE:

Acuerdos de compensación en los Centros BPSO de las Islas Baleares

El programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO, por sus siglas en inglés) consiste en implantar, evaluar y mantener guías de buenas prácticas (GBP) con el objetivo de trasladar el conocimiento a la práctica. Las organizaciones que participan en BPSO crean acuerdos de compensación con sus respectivas gerencias con el fin de recompensar la participación en el programa.

Objetivos

Analizar las diferencias y similitudes de los acuerdos de compensación de los centros que participan en el programa BPSO en la comunidad autónoma.

MÉTODOS

Estudio: Descriptivo retrospectivo

Ámbito: Centros candidatos y designados, coordinados por un Host Regional.

Periodo de estudio: 2022.

Recogida de datos: Se revisaron los acuerdos de compensación de los centros que participan en el programa. Se diseñó una hoja de recogida de datos en la que es establecieron las siguientes categorías: Forma de devolución, formación, evaluación, creación de documentos, líder y co-líder de programa, líder de GBP y criterios de permanencia. Si alguno de los datos no aparecía reflejado en el acuerdo, se contactó directamente con el líder de programa para confirmar la información.

Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables.

Resultados

Se revisaron los acuerdos de compensación de los 6 centros que participan en el programa.

Todos los centros establecen un sistema de contabilización de horas en el que se establecer un máximo de 7 días acumulables. Los días se disfrutan en dos cortes anuales para la devolución de días.

En la mayoría de casos (83.33%), los líderes y co-líderes de programa integran sus funciones dentro de la jornada laboral. En los casos en los que no es posible, se asignan horas específicas para ello. Existen diferencias significativas en el tiempo de liberación de líderes, tanto de programa como de GBP. El líder de GBP que más tiempo dispone tiene asignados 2 días a la semana y el que menos 1 al mes.

En todos los casos se devuelven las horas del instituto de líderes y la formación de impulsores. En cuanto a la formación específica de las GBP, se contabilizan las horas y no es necesario utilizar los días de formación de los que se disponen por convenio.

Dos centros incluyen en sus recuentos las horas dedicadas al manejo de redes sociales.

Todos los centros contabilizan las horas de reunión y las horas dedicadas a la evaluación, excepto en atención primaria dónde cierran agendas con antelación. Disponen de 4h mensuales para evaluar.

La mitad de los centros tienen preestablecidas 2h para el diseño de presentaciones y 3h para la redacción de documentos. La otra mitad contabiliza las horas reales.

Además, en dos de los centros se han vinculado los objetivos del programa a los contratos de gestión, los cuáles van asociado al plus de productividad que cobran los profesionales.

DISCUSIÓN

Todos los acuerdos contemplaban una compensación horaria por el trabajo llevado a cabo. Sin embargo, se observaron grandes diferencias en la compensación de líderes y co-líderes, tanto de programa como de GBP. Los lideres que pueden integrar el liderazgo dentro de su jornada laboral disponen de más tiempo y libertad para organizarse que aquellos que deben ajustarse a un horario establecido.

Disponer de un acuerdo de compensación es un mecanismo esencial para recompensar el esfuerzo de los profesionales implicados en la implantación. No obstante, se deberían tener en cuenta mecanismos de compensación que vayan más allá de la devolución de horas. Es decir, deberían incluirse estrategias como reconocimiento de la carrera profesional, bolsas de trabajo, productividad... El efecto de la pandemia, sumado al aumento de la carga asistencial y la falta de enfermeras, ha generado cansancio y cambio de prioridades entre los profesionales por lo que, en algunos casos, contar únicamente con compensación horaria podría dejar de aliciente suficiente.

Idealmente, se debería disponer de un sistema común para todas las organizaciones de la comunidad autónoma. Sin embargo, este es un hito difícilmente alcanzable ya que cada gerencia dispone de sus propios recursos. Como alternativa nos planteamos establecer unas recomendaciones básicas, que garanticen unos mínimos de igualdad y equidad entre todos los líderes e impulsores, en las que se reconozca, por ejemplo, la importancia de liberaciones de jornada para los líderes.

Contar con mecanismos de compensación es una forma de dar valor al tiempo invertido, ya que participar en BPSO requiere compromiso y dedicación, por lo que tanto líderes como impulsores acaban dedicando tiempo personal. Es cierto que la compensación no es el único mecanismo para mantener la motivación de los implicados, pero sí contribuye a reconocer y a dar importancia al trabajo que se lleva a cabo. La implantación

de práctica basada en la evidencia debería ser considerada una práctica de alto valor en las instituciones y, por tanto, debería ser recompensada como tal.

Disponer de unas recomendaciones estándar sobre compensación puede ayudar a los centros que están pensando en adherirse al programa a calibrar mejor cuáles pueden ser las implicaciones económicas de la participación en BPSO.

Mesa 26: Práctica basada en la evidencia
Session 26: Evidence based practice

AUTORES/AUTHORS:

Pontón Soriano, Mª Cristina[1]; Alonso González, Inés[2]; Vinagre Romero, José Antonio[3]; Del Campo Hermida, Beatriz[4], Bravo Calderón Ariadna[4]; Esquivel Vizuete, Tamara[4]; De la Blanca Moral, Francisco[4]; Aldea García, Sonia[4]; Andrés Calvo, Benita[5]

[1] Supervisora Unidad de Hospitalización MI, Hospital Universitario El Escorial

[2] Supervisora de Sistemas de la información, Formación e Investigación y Continuidad Asistencial del Hospital Universitario El Escorial. ORCID_ID: 0009-0001-7150-8990

[3]Responsable de Calidad Hospital Universitario El Escorial ORCID_ID: 0000-0002-9763-4477

[4]Enfermeras de la Unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario El Escorial

[5]Directora de enfermería del Hospital Universitario El Escorial

TÍTULO/TITLE:

¿ESTÁ CONTROLADO EL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA? Resultados de la implantación de una Guía de Buenas Prácticas

PALABRAS CLAVE

Disfunción cognitiva, Dolor, PAINAD, Medición del Dolor

Se estima, que hasta el 80% de las personas con demencia que residen en residencias experimentan dolor de forma regular[1]. Sin embargo, la detección y el tratamiento del dolor siguen siendo un desafío para los profesionales de la salud. Los resultados indican que el dolor en personas con demencia no se detecta ni se trata lo suficiente. Dado que las consecuencias del dolor no detectado y no tratado son graves, una evaluación exhaustiva del dolor es un requisito previo esencial para un tratamiento adecuado y exitoso.

Aunque el autoinforme de los pacientes suele ser más eficaz para detectar la presencia de dolor, las personas con demencia a menudo pierden la capacidad de comunicar verbalmente el dolor. Para dichas poblaciones, en las que es difícil obtener un autoinforme, se recomiendan herramientas de evaluación del dolor mediante observación como sustituto del autoinforme o como información complementaria.[1,2]

OBJETIVO

Evaluar los resultados de implantación y efectividad de la Guía de Buenas Prácticas (GBP) de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) [3] para mejorar la detección y el manejo del dolor, en pacientes con deterioro cognitivo ingresados en una Unidad de Medicina Interna (UMI).

HIPÓTESIS

La implantación de recomendaciones basadas en evidencia mediante el modelo Getting Research into Practice (GRIP) del Instituto Joanna Briggs, mejorará la detección y el tratamiento del dolor y reducirá el nivel de dolor en los pacientes.

El estudio se realiza dentro del proyecto nacional "Sumamos Excelencia" que es un proyecto de implantación de recomendaciones de buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud llevado a cabo por la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud y el Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia.

MÉTODO

Se trata de un estudio cuasi-experimental, no controlado, pre-post con medidas repetidas de variables de respuesta a los 0, 3, 6 y 12 meses. Evaluación basal febrero 2022 (T0); evaluación trimestral julio 2022 (T1); evaluación semestral octubre 2022 (T2) y evaluación anual marzo 2022 (T3).
El ámbito donde se ha llevado a cabo el estudio es una unidad de hospitalización de Medicina Interna de un Hospital de baja complejidad de la Comunidad Autónoma de Madrid.

La muestra fue constituida por personas adultas ingresadas en dicha unidad en las fechas predeterminadas para la recogida de datos, según el proyecto Sumamos Excelencia®, que presentaban deterioro cognitivo y cumplían los criterios de inclusión: Presencia de dolor crónico, dolor postoperatorio agudo o dolor agudo por otras causas.

El proyecto se inicia con una auditoría basal de los indicadores establecidos para identificar barreras, elaborar estrategias y asignar recursos, habiendo sido fundamental, la elaboración de nuevos registros en historia clínica electrónica (Selene® 16), el establecimiento de rondas de adherencia a las recomendaciones y el modelo estratégico de formación, con metodología e-learning.

Se empleó muestreo consecutivo de pacientes dados de alta los últimos 5 días hábiles de cada período de estudio, hasta alcanzar una muestra de 30 pacientes. Dicha muestra se considera naturalmente aleatorizada, dado que la circunstancia de ingreso hospitalario es un acontecimiento no programado en la UMI.

Se recogieron variables clínico-demográficas como edad, sexo, y estancia media. Como variables independientes, se seleccionaron los indicadores de proceso del proyecto Sumamos Excelencia®: detección de dolor al ingreso, relacionado con procedimientos y tras cambio de situación clínica, además de la asignación del Plan de Cuidados. Como variables de resultado, se han establecido la intensidad de dolor al ingreso y la intensidad máxima de dolor registrada, utilizando en ambos casos como instrumento de medida la escala PAINAD[4].

Los datos se recopilaron mediante revisión de registros de enfermería y se incorporaron a un cuadro de mando de elaboración propia.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables de estudio, en función de su naturaleza y distribución. Se utilizaron frecuencias y porcentajes, en el caso de variables cualitativas; medias y desviaciones estándar, y valores mínimos y máximos en el caso de variables cuantitativas.

RESULTADOS

El proyecto tuvo una duración de 12 meses, y como resultado de las principales estrategias de implantación desarrolladas durante ese período de tiempo, el 72,3% de la plantilla recibió formación sobre Prácticas Basadas en la Evidencia (PBE) e implantación de GBP, se ha implantado la escala PAINAD para valorar el dolor en pacientes con deterioro cognitivo y un Plan de Cuidados específico, iniciando su integración en los registros de cuidados.

Como resultado de la evaluación de indicadores sobre la valoración del dolor en pacientes hospitalizados, del total de pacientes evaluados (n 120), 39 presentaban deterioro cognitivo y fueron valorados con la escala de dolor PAINAD. De estos, el 38,5% fueron hombres y el 61,5% mujeres, con una edad promedio de 86,4 años (SD 10.3) y una estancia media de 10.7 días (SD 9.4). Se ha realizado contraste de hipótesis entre los diferentes periodos y respecto a los indicadores de proceso, han ido evolucionando a lo largo del periodo de implantación, hasta alcanzar significación estadística. En T0, la evaluación del dolor al ingreso en aquellos pacientes que no podían autorreferenciar dolor, no se realizaba con escala validada.
Tras la implantación de las recomendaciones, durante T1, la detección del dolor al inicio de los cuidados fue registrada en el 88% de los pacientes que presentaban deterioro cognitivo, en el 100% en T2 y en el 90,90% en T3, siendo la intensidad del dolor al ingreso mayoritariamente leve en los 3 períodos.

La detección relacionada con procedimientos dolorosos o tras cambio de situación clínica, y la planificación de cuidados, en la auditoría basal, era inexistente, habiéndose alcanzado un incremento acumulado del 81,8%, 60% y 81,8%, respectivamente, al finalizar el proyecto.

La evaluación de la intensidad máxima de dolor durante la estancia fue variable, mostrando los resultados que en T1, el 50% de los pacientes valorados, no tuvo dolor, y en ninguno se detectó dolor intenso. En T2, el 41,6% no tuvo dolor y este fue intenso en el 25%, habiéndose podido relacionar con empeoramiento de la situación clínica previa a situación de últimos días, y en T3 el 18,18% de los pacientes que manifestaron dolor al ingreso, no tuvieron dolor durante la hospitalización siendo el dolor intenso en el 9,1% de los casos.

DISCUSIÓN

Este estudio muestra el resultado de la implantación de la GBP "Valoración y Manejo del Dolor" de la Registred Nurses' Association of Ontario (RNAO)[2,] presentando datos sobre la detección y manejo del dolor en personas con deterioro cognitivo.

En cuanto a la homogeneidad de los grupos, en todos los períodos hay mayor número de mujeres, debido a que la prevalencia de deterioro cognitivo muestra una tasa ajustada significativamente más elevada que en el caso de los hombres [5.]

Los resultados de la implantación de la guía muestran que es posible llevar a cabo programas estandarizados para la valoración y el manejo del dolor por enfermeras, con una mejora en los resultados de proceso, con base en las valoraciones del dolor en las primeras 24 h y planes de cuidados.

Con respecto a la prevalencia de dolor al ingreso, los resultados muestran una disminución de la detección en T3 relacionado con la incorporación de un importante número de nuevos profesionales, lo que hace patente la necesidad de una formación permanente.

Los resultados sobre el proceso de implantación de la guía muestran un incremento de los porcentajes desde el periodo basal hasta el final, teniendo en cuenta; que partíamos de una situación inicial en la que era imposible evaluar las recomendaciones de la guía, por no disponer de registros.

La prevalencia de dolor intenso es variable, relacionándose el aumento de los casos, con empeoramiento de la situación clínica previa a situación de últimos días y, cuya detección, ayudó a la toma de decisiones respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico.

A diferencia de otros centros implantadores de esta GBP[6], el registro de planes de cuidados ha mostrado un mayor nivel de cumplimiento alcanzando significación estadística, habiendo sido fundamental, la implicación de la Comisión de Cuidados del hospital, la incorporación en la historia clínica electrónica y las estrategias de difusión.

Como posibles limitaciones, los datos fueron obtenidos a partir de los registros realizados. La falta de cumplimentación de registros o infraregistro, también fue detectado en otros estudios sobre la implantación de esta GBP[7]. En nuestro caso, para mejorar los registros, se realizaron jornadas de formación antes y durante la implantación, estableciéndose rondas de adherencia a las recomendaciones.
Consideramos fundamentales ambos instrumentos, para mantener la adherencia de las recomendaciones en el tiempo.

Es importante concienciar a los profesionales de la importancia de los registros, pues dan mayor visibilidad al trabajo de enfermería al dejar constancia del trabajo realizado, mejoran la comunicación interdisciplinar y la continuidad de cuidados, sin olvidar su repercusión legal. Además, permitirían continuar realizando investigaciones que aportasen mayor evidencia sobre los resultados de implantación de GBP.

El incremento del número de personas con demencia, la alta prevalencia de dolor no diagnosticado ni tratado en estos pacientes, la ausencia del uso de herramientas estandarizadas en la práctica clínica y la falta de evidencia, hacen patente la necesidad de investigar más sobre la valoración y el manejo del dolor en pacientes con deterioro cognitivo.

En conclusión y, a pesar de la controversia encontrada en la literatura sobre el uso de escalas observacionales de detección de dolor en pacientes con deterioro cognitivo8,9, en nuestro caso, la implantación de recomendaciones basadas en evidencia, y la valoración del dolor con la escala PAINAD, supone una mejor detección y manejo del dolor, ayudando a la toma de decisiones respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico, en los casos de detección de dolor intenso/disconfort, refractario a tratamiento convencional, mediante la sistematización de los procesos de valoración y detección del dolor con escala validada y la asignación de planes de cuidados de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Kappesser J, Voit S, Lautenbacher S, Hermann C. Pain assessment for cognitively impaired older adults: Do items of available observer tools reflect pain specific responses? Eur J Pain [Internet]. 2020;24(4):851 62. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1536
2. Helmer LML, Weijenberg RAF, de Vries R, Achterberg WP, Lautenbacher S, Sampson EL, et al. Crying out in pain A systematic review into the validity of vocalization as an indicator for pain. Eur J Pain [Internet]. 2020;24(9):1703 15. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1623

   Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) 2013. Valoración y manejo del
3. dolor. (3ª Ed) (Toronto, Canada): Registered Nurses Association of Ontario
4. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2003;4(1):9 15. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/01.jam.0000043422.31640.f7
5. Vega Alonso TM, Espí MM, Reina JC, Pérez DR, Pérez AG, Costa ML, et al. tab, graf Article Es | IBECS | ID: ibc-175963 Prevalence of cognitive impairment in Spain: The Gómez de Caso study in health sentinel networks. 2018;33:491 8.
6. Implementation results of the assessment and management of pain guideline within Best Practice Spotlight Organisations (BPSO®) Enfermería Clínica. En: Pages 212-221 M Dolores Saiz Vinuesa, Laura Albornos-Muñoz, M Luz Fernández Núñez. Maribel López-García, Teresa Moreno-Casbas, José Ángel González Sánchez; 2020.

7. Escobar-Aguilar G, Moreno-Casbas M-T, González-María E, Martínez-Gimeno M-L, Sánchez-Pablo C, Orts-Cortés I. The SUMAMOS EXCELENCIA project. J Adv Nurs [Internet]. 2019;75(7):1575 84. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/jan.13988

8. Rodríguez-Mansilla J, Jiménez-Palomares M, González-López-Arza MV. Escalas de valoración del dolor en pacientes con demencia. Instrumentos de ayuda para el fisioterapeuta, el médico, el enfermero y el terapeuta ocupacional. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2014;49(1):35 41. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.07.002

9. Papiol Espinosa Geòrgia, Abades Porcel Mercedes. Valoración del dolor en demencia avanzada: revisión bibliográfica. Gerokomos [Internet]. 2015 Sep [citado 2023 Sep 30] ; 26(3): 89-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000300004&lng=es. https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000300004.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto Sumamos Excelencia®, fue autorizado por Acción Estratégica de Salud en 2014 (número PI14CIII/00044), evaluado mediante un proceso de revisión por pares y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación y Bienestar Animal del Instituto de Salud Carlos III de Madrid (20 de julio de 2015)8.

Al incorporarse al Proyecto Sumamos Excelencia, todos miembros del equipo de implantación, firman un acuerdo de confidencialidad, comprometiéndose a respetarán los principios éticos de la investigación biomédica.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés y no se ha utilizado ninguna aplicación de IA generativa en la redacción de la comunicación.

AUTORES/AUTHORS:

1. Elena Fernández-García: Departamento de Enfermería Universidad de Sevilla, orcid: 0000-0002-7922-2663
2. José Manuel Romero-Sánchez: Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz, orcid: 0000-0001-8227-9161
3. Xavier Palomar-Aumatell: Departament Ciències de la Salut Aplicades. Universitat Vic, orcid: 0000-0001-9022-4144
4. María Eugenia González-Domínguez: Servicios Médicos - Health Services - Centro Bahía de Cádiz. Servicio de Prevención Mancomunado de Airbus Group, orcid: 0009-0009-1274-2128
5. Olga Paloma-Castro: Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz, orcid: 0000-0002-4225-9307
6. Regina María González-López. Centro de Salud Monòver. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. Elda. España.
7. María Paz Rivas Pérez. Servicios Médicos - Health Services - Centro Bahía de Cádiz. Servicio de Prevención Mancomunado de Airbus Group.
8. Luis López-Molina PhD. Departamento Organización de Empresas. Universidad de Cádiz, orcid: 0000-0002-2389-142X

TÍTULO/TITLE:

Evaluación psicométrica de la versión española del work ability index en trabajadores de la industria aeronáutica

Palabras claves: Capacidad laboral, Fiabilidad, Industria, Work Ability Index, Psicometría, Validez.

Objetivo principal: Evaluar las propiedades psicométricas de la versión española del instrumento Work Ability Index (WAI) en una muestra de trabajadores de la industria aeronáutica.

Objetivos secundarios:

1. Describir las características sociodemográficas y laborales de la muestra.
2. Determinar la distribución de puntuaciones obtenidas en el WAI y en todas sus subescalas por la muestra.
3. Establecer la prevalencia de las distintas categorías de capacidad laboral en la muestra.
4. Determinar si el instrumento muestra evidencias de fiabilidad (consistencia interna).

5. Identificar si el instrumento muestra evidencias de validez (factorial, de grupos conocidos y convergentes).

Métodos: Se utilizó un diseño metodológico de validación de instrumento de medida. Para evaluar las propiedades psicométricas del WAI se utilizó a la "Teoría Clásica de los Test" (Guildford, 1954) como marco metodológico.

Participantes Ámbito: El ámbito del estudio se realizó en el Centro Bahía de Cádiz de la multinacional aeronáutica Airbus, que se encuentra situada en el Puerto de Santa María (Cádiz). Cuenta en la actualidad con unos 350 trabajadores en plantilla.

Criterios de inclusión: 1) Ser trabajador en activo de la empresa, 2) Tener al menos un año de antigüedad en el puesto de trabajo, 3) Estar asignado al centro de salud (servicio médico) donde se llevará a cabo el estudio para realizar la vigilancia de la salud.

Criterios de exclusión: 1) Limitaciones físicas (discapacidad visual) o mentales (discapacidad intelectual o trastorno psiquiátrica) que impidan cumplimentar el cuaderno de recogida de datos o hacerlo de forma adecuada.

Muestreo y tamaño muestral: Se seleccionó la muestra mediante muestreo no probabilístico consecutivo (Polit y Hungler, 1997) y se adoptó la regla de ratio 10:1 sujetos por ítem para determinar un tamaño muestral suficiente (Mc Callum et al., 2000).

Reclutamiento y recolección de datos: El periodo de recogida de datos se llevó a cabo entre 2019 y 2022. El trabajador era citado a examen de salud periódico según el procedimiento habitual de la empresa y se le invitaba a participar. Se aseguraba que el trabajador firmaba el consentimiento informado.

Variables e instrumentos

Variables sociodemográficas: Edad (años) y género (Hombre; Mujer; Otros).

Variables laborales: Puesto de trabajo (Chapista; Montador; Oficinista; Operario de superplástico; Operario de máquina; Pintor; Plastoquímico; Técnico de taller; Verificador de calidad). Turno de trabajo (mañana fijo, tarde fijo, noche fijo, rotatorio sin noches, rotatorio con noches, partido). Experiencia en el puesto (años).

Versión española del WAI: El cuestionario evalúa la capacidad laboral que se define como el grado en que un trabajador es mental y físicamente capaz de desempeñar las tareas que requiere su puesto de trabajo, supone un equilibrio entre los recursos del trabajador y las demandas laborales (Tuomi et al., 1991; Ilmarinen et al., 1997). Las puntuaciones de cada dimensión se suman obteniendo una puntuación total que puede alcanzar un rango entre 7 a 49, lo que permite clasificar a los trabajadores en cuatro categorías: mala (7-27); moderada (28-36); buena (37-43); y excelente capacidad de trabajo (44-49) (Tuomi et al., 1998).

Estado salud percibido: Estado de salud percibido en los doce meses anteriores medido en una escala Likert de 5 puntos (5: excelente, 4: muy bueno, 3: bueno, 2: regular, 1: malo) en base a la monopregunta "En los últimos doce meses ¿cómo diría usted que ha sido su estado de salud?" (Abellán García, 2003). *Análisis estadístico*

Las pruebas estadísticas fueron realizadas con la asistencia del programa SPSS Statistics versión 25 (IBM, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) y SPSS Amos versión 22 (IBM, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Para todos los análisis se estableció el nivel de significación en el 95%.

Análisis descriptivo: Las variables cuantitativas se expresan en términos de resumen (medias y medianas) y dispersión (desviaciones estándar, y rangos) y en frecuencia y porcentajes las variables categóricas. Para evaluar la normalidad de las variables se utilizó la prueba Z de Kolmogovov-Smirnov para una muestra con corrección de Lilliefors (Altman, 1991).

Estimación de las propiedades psicométricas

Estimación de la fiabilidad: La consistencia interna del cuestionario se valoró mediante la determinación del coeficiente alfa de Cronbach y la correlación elemento-total cuando se elimina dicho elemento (Cook y Beckman, 2006) calculada mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Validez factorial: Para evaluarla se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Tras la revisión de la dimensionalidad del cuestionario, existe un estudio previo publicado por Martus et al. (2010) que evaluó diversas estructuras factoriales del WAI en muestras de diversas profesiones, y estimó que un modelo de dos factores correlacionados y con dos subescalas del factor uno con cargas en el factor dos fue el más adecuado. El factor 1 estaba compuesto por las subescalas 1 (WAI 1), 2 (WAI 2), 7 (WAI 7), 4 (WAI 4) y 6 (WAI 6). El factor 2 estaba compuesto por las subescalas 3 (WAI 3) y 5 (WAI 5). Las subescalas 4 (WAI 4) y 6 (WAI 6) son las que se relacionan con ambos factores. Para la realización del AFC, se empleó el método de estimación de máxima verosimilitud y la matriz de covarianza entre los ítems como entrada para el análisis de datos. Para evaluar el ajuste de los datos al modelo propuesto en cada caso, se utilizaron los índices de ajuste sugeridos por Kline (2010)

Validez de grupos conocidos: Para determinar la validez de grupo conocidos, los participantes se clasificaron en menores de 45 años o de 45 años o mayores y se compararon las puntuaciones en el WAI en ambos grupos. Para determinar si la diferencia de medias era significativa se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, determinando que el instrumento mostraba evidencia de validez de grupo conocidos si la prueba era significativa.

Validez convergente: Se correlacionó a través del estadístico de Spearman la correlación entre la puntuación obtenida en el WAI con el estado de salud percibido en los últimos doce meses.

Resultados

Características de la muestra: La muestra estuvo conformada por 233 trabajadores con una edad media de 41,55 años (DE=7,51) y en un 88,4% eran de género masculino. De los nueve puestos de trabajo incluidos, los operarios

de superplástico fueron los más representados en la muestra (23,6%), seguido de los oficinistas (18,5%) y de los verificadores de calidad (11,2%). La media de experiencia en el puesto de trabajo fue de 11,3 años (DE=10,21).

Evidencias de fiabilidad: El valor del alfa de Cronbach (0,74) y las correlaciones ítem-total (0,35-0,69) indicaron una consistencia interna adecuada del WAI.

Validez factorial: Un análisis factorial confirmatorio obtuvo índices de ajuste satisfactorios para una solución de dos factores con una alta correlación entre ellos ($\chi 2$ = 17.38 (p=0.09); CFI =0.98; TLI =0.97; RMSEA =0.05 - 90% CI: 0.00-0.09; SRMR=0.03). El factor 1, "Estimación subjetiva de la capacidad laboral y los recursos", estaba compuesto por 3 subescalas, y el factor 2, "Relacionado con la salud-enfermedad", por 2 subescalas. Las subescalas 4 y 6 cargaban en ambos factores. Los trabajadores menores de 45 años obtuvieron puntuaciones significativas más altas que los de más edad (U=4226,00; p=0,005), lo que apoyó la validez de grupos conocidos.

Validez convergente: La puntuación del WAI mostró validez convergente con la autoevaluación del estado de salud de los trabajadores (rs =0,48; p<0,001).

Discusión

El WAI medio obtenido en este estudio (edad media de los participantes 41,55 años) fue de 42,87 lo que se sitúa en un buen nivel de capacidad laboral. Teniendo en cuenta las ocupaciones de los participantes en esta investigación, que en su mayoría eran trabajos con demandas físicas, los hallazgos de otros estudios similares informaron un valor más bajo de la puntuación WAI. El estudio realizado entre los bomberos belgas (edad media de 51,5 años) (Kiss et al., 2002) y los trabajadores de la construcción holandeses (edad media de 51 años), (De Zwart et al., 2002), que eran 10 años mayores que los del presente estudio, las puntuaciones WAI medias fueron 40,6 y 40,5, respectivamente.

La versión española del WAI ha mostrado evidencias de fiabilidad en nuestra investigación. Los valores de alfa de Cronbach obtenidos son adecuados y similares a otros estudios que han evaluado las propiedades psicométricas del instrumento en otras muestras en España. Bascour-Sandoval et al. (2020) evaluaron el rendimiento psicométrico en una muestra de 360 trabajadores de un hospital y una universidad pública obteniendo un alfa adecuado de 0.75, dato casi idéntico al obtenido en el presente estudio. Mateo Rodríguez et al. (2021) obtuvo un alfa de 0.81 en una muestra de 1184 trabajadores sanitarios, valor levemente superior que el 0,74 obtenido en los trabajadores de la industria. En nuestro estudio, seis de las subescalas aportan valor a la consistencia interna dado que, cuando cualesquiera de ellas son eliminadas, el alfa se reduce, excepto la subescala 3 “enfermedades o lesiones diagnosticadas por un médico que padece actualmente”. En esta subescala, el alfa sube ligeramente a 0,76 cuando no es considerada en los cálculos. Esto puede ser debido a que esta escala mide la cantidad de enfermedades presentes, no teniendo en cuenta la cualidad de la misma.

La capacidad laboral percibida estaba altamente correlacionada con la autoevaluación del estado de salud de los trabajadores, avalando la validez convergente del instrumento ya que prueba que dos constructos que se espera que

estén relacionados de hecho, lo están. La hipótesis fue que los sujetos con un mejor estado de salud también mostrarán por término medio una mejor capacidad laboral estimada (Martus et al., 2010). Esta relación positiva no debe sorprender, dado que el WAI incluye ítems que captan la enfermedad diagnosticada, así como el estado de salud mental y físico percibido. Por ello, se establece un solapamiento conceptual entre el WAI y las medidas de salud percibida existentes. En múltiples estudios se encuentran relaciones positivas con instrumentos como la versión reducida del Cuestionario de Salud SF-12 (Mateo Rodríguez et al., 2021) o el Índice General de Salud (Radkiewicz y Widerszal-Bazyl, 2005).

Implicaciones en la práctica clinica

La versión española del WAI ha mostrado evidencias de fiabilidad y validez en una muestra de trabajadores de la industria aeronáutica lo que avala su uso como herramienta de vigilancia de salud individual y colectiva por los profesionales de los servicios de prevención dedicados al cuidado de su salud, ayudando a conocer el estado de la capacidad laboral de los trabajadores y así poder planificar e implementar medidas preventivas que mejoren las condiciones laborales, evitando el abandono prematuro de la vida laboral en empresas más saludables.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Abellán García, A. (2003). Percepción del estado de salud. Revista multidisciplinar de gerontología, 13(5): 340-42.

Altman, D.G. (1991). Practical statistics for medical research (pp.258). Chapman and Hall.

Bascour-Sandoval, C., Soto-Rodríguez, F., Muñoz-Poblete, C., y Marzuca-Nassr, G. N. (2020). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Work Ability Index in Working Individuals. Journal of Occupational Rehabilitation, 30(2), 288–297. https://doi.org/10.1007/s10926-019-09871-0

Cook, D. A. y Beckman, T.J. (2006). Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. American Journal of Medicine, 119(2), 166. DOI:https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.10.036

De Zwart, B. C., Frings-Dresen, M.H. y van Duivenbooden, J.C. (2002). Test-retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. Occupational Medicine (London), 52(4):177-181. doi:10.1093/occmed/52.4.177.

Guildford, J.P. (1954). Psychometrics Methods. McGraw-Hill. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2020). Work Ability: versión española Index: versión española. Notas Técnicas de Prevención nº 1147. INSST.

Martus, P., Jakob, O., Rose, U., Seibt, R. y Freude, G. (2010). A comparative analysis of the work ability index. Occupational Medicine 60(7): 517–52.

Mateo Rodríguez I, Knox ECL, Oliver Hernández C, Daponte Codina A, the esTAR Group. Psychometric Properties of the Work Ability Index in Health Centre Workers in Spain. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(24):12988. https://doi.org/10.3390/ijerph182412988

Mc Callum, A., Freitag, D., y Pereira, F. (2000). Maximum entropy Markov models for information extraction and segmentation. Proceedings of ICML (pp. 591-598).

Tuomi, K., Ilmarinen, J. Jahkola, A., Katajarinne, L & Tulkki, A. (1998). Work Ability Index. 2nd revised edn. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

Tuomi, K., Ilmarinen, J., Eskelinen, L., Järvinen, E., Toikkanen, J. y Klockars, M. (1991). Prevalence and incidence rates of diseases and work ability in different work categories of municipal occupations. Scandinavian journal of work, environment & health, 17 Suppl 1, 67–74.

Comité de ética: El proyecto fue aprobado por el comité de Ética de la Investigación de referencia (nº de registro 47.21) y código PEIBA 0226-N-21.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Mesa 27: Cuidadores/Dependencia
Session 27: Caregivers/Dependency

TÍTULO/TITLE:

Diseño de una intervención educativa con las personas cuidadoras de los usuarios de un centro de día.

AUTORES/AUTHORS:

Jocabed Sánchez Cruz[1], Montse Oller Calm[1], Tina Vivo López[1], Olga Vilella Caballeria[1], Pilar Heredia[1], Kenia Costa[1], M.Carme Ferrer[1], Laia Galobardes Vilalta[1]. Alicia Minaya Freire[1].

Consorcio Hospitalario de Vic. Barcelona. España.

Palabras claves

Anciano / Cuidadores informales / Sobrecarga / Burnout.

Introducción

La demencia es la enfermedad que mayor incapacidad y dependencia causa a nivel mundial. Según muestra la OMS, esta enfermedad afecta a más de 55 millones de personas en el mundo. De ellas, el Alzheimer, se conforma como la demencia más frecuente (WHO, 2017). La mayoría de personas cuidadoras de población geriátrica dependiente, son principalmente cuidadores informales no remunerados que desarrollan su actividad por vínculos afectivos o relacionales y presentan múltiples factores de riesgo a nivel emocional, físico, formativo, social y económico que les supone sobrecarga y deriva en el denominado Síndrome de Burnout o Síndrome del cuidador quemado, que se desarrolla gradualmente con manifestaciones físicas y emocionales de agotamiento y cansancio (Martínez Pizarro, 2020). Éstos, manifiestan dudas en lo que refiere al cuidado de sus familiares cada vez más dependientes y con deterioro cognitivo (Aravena C et al., 2016; Maryam, 2023). Las intervenciones psicoeducativas llevadas a cabo presentan una metodología muy heterogénea. De ellas se ha evidenciado que aquellas que logran una mejora de la calidad de vida del cuidador lo consigue simultáneamente en la del enfermo (Lancho & Monje, 2023).

Objetivo

Definir un programa psicoeducativo en base a las necesidades de las personas cuidadoras de los usuarios de un centro de día (CD) con niveles de dependencia baja y diferentes grados de demencia, así como implementarlo y evaluar su impacto sobre los cuidadores y el desarrollo de su rol.

Método

Estudio descriptivo de metodología mixta. Se trata de un estudio con dos fases. En la primera fase, y a través de un proceso de co-creación, se realizó el diseño del programa formativo de acuerdo con las necesidades de las personas

cuidadoras. Y una segunda fase de implementación y evaluación del impacto de la intervención. En este estudio se presentan los resultados de la primera fase.

El proyecto se desarrolló en un centro de día de la comarca de Osona (Barcelona, España). Se incluyeron a las personas cuidadoras que voluntariamente dieron el consentimiento para participar. El centro de día es un servicio de acogida diurna que ofrece atención individualizada e integral para personas con baja dependencia y/o con diferentes grados de demencia. Cuenta con un total de 45 plazas, 30 ocupadas en el momento de la recogida de datos.

Para la co-creación, se realizó un workshop con los miembros del equipo (enfermera, residente enfermera, educadora social, trabajadora social, técnica animadora sociocultural y 3 gerocultoras) dónde se realizó un *brainstorming* de temas de interés basados en las dudas de los cuidadores en lo que refiere a la atención de sus familiares. A partir de los resultados del workshop, se diseñó una pequeña encuesta auto-administrada que fue entregada a las familias sobre la organización, planificación y temática de las píldoras.

El presente proyecto fue aprobado por el Comité de ética clínica correspondiente y el consentimiento informado de los participantes para su realización. Los autores no presentan conflicto de intereses. No se ha utilizado inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Resultados

Se entregaron un total de 30 encuestas, y se obtuvo respuesta de 22 (73% de respuesta). El 86% de los participantes eran hijo/a. Respecto a los temas en los que querían ser formados: 7 (31,8%) Higiene: cómo levantar, duchar, cambiar, movilizar a una persona mayor; 15 (68,2%) Tipo de demencia, medicación, trastornos de conducta y disfagia; 15 (68,2%) Recursos sociales y dependencia; 14 (63,6%) Actividades y herramientas para el ocio con personas mayores; 14 (63,6%) Acompañamiento al cuidador (grupo de soporte) y 2 (9,1%) Otros. Respecto al horario: 10 (45,5%) Mañana de 11h a 12h, 9 (40,9%) tarde de 17h a 18h y 2 (13,6%) otro horario.

De acuerdo a los resultados se han programado 4 píldoras formativas: 1) Acompañamiento al cuidador (grupo de apoyo) de 10:30h a 11:30h; 2) Tipo de demencias, medicación y disfagias de 11h a 12h; 3) Recursos sociales y dependencia de 17 a 18h y, 4) Actividades y herramientas para el ocio con personas mayores de 11 a 12h.

Implicaciones para la práctica

La participación de las personas cuidadoras contribuye a diseñar e implementar intervenciones educativas y de acompañamiento adaptadas a sus necesidades, contribuyendo a empoderarlas en el cuidado de su familiar e impactando de forma positiva en su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017 2025 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/259615

Martínez Pizarro, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. Abr, 13(1), 97-100. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1699-695X2020000100013&lng=es&tlng=es.

Aravena C, J., Spencer S, M., Verdugo H, S., Flores C, D., Gajardo J, J., & Albala B, C. (2016). Calidad de vida en cuidadores informales de personas con demencia: una revisión sistemática de intervenciones psicosociales. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 54(4), 328 341. https://doi.org/10.4067/S0717-92272016000400008

Maryam, R. S. (2023). Description of the Care Burden for a family with an elderly risk of dementia. Enfermería Global, 22(1), 426 447. https://doi.org/10.6018/eglobal.537891

Lancho, M. C. P., & Monje, C. de la V.-H. (2023). Intervención psicoeducativa y eficacia del autocuidado en cuidadores informales de personas con demencia. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, *2*(1), Article 1. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2023.n1.v2.2475

AUTORES/AUTHORS:

PAULA VELASCO BARBERA*, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO*, EDORTA MARTÍNEZ BLANCO*, EMILIO PRIETO SÁNCHEZ-HERMOSILLA*, SOFÍA VICTORIA TEJADA PAREDES*, GEMA MILAGROS VELÁSQUEZ VIVAR*, MARÍA SANZ QUIJO*, RAÚL QUINTANA ALONSO*, ELENA CHAMORRO REBOLLO*. *Facultad de Enfermería y Fisioterapia "Salud Infirmorum". Unidersidad Pontificia de Salamanca*

TÍTULO/TITLE:

Experiencia del cuidador no profesional de una persona con distrofia muscular de Duchenne.

Palabras clave: Distrofia Muscular de Duchenne, calidad de vida, cuidador, duelo.

Objetivos: La Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) es una enfermedad rara e incurable, de origen genético, que surge en la primera infancia y genera un síndrome de inmovilidad con dependencia progresiva del paciente, hasta su fallecimiento. En la mayoría de ocasiones, es un progenitor quien debe adoptar el rol de cuidador principal. El objetivo de esta investigación fue conocer la experiencia del cuidador no profesional del paciente y como objetivos específicos se establecieron describir el impacto en su calidad de vida y, valorar el apoyo y las recomendaciones emitidas por los profesionales sanitarios.

Método: estudio cualitativo de corte fenomenológica, a través de una entrevista semiestructurada. Se recopiló información sobre sus vivencias valorando las siguientes categorías: momento del diagnóstico, repercusiones en la economía familiar, adaptación en el ámbito educativo y cambios en la esfera personal y familiar del cuidador.

Resultados: Siete participantes de seis familias procedentes de Castilla La Mancha, Aragón, Madrid y Canarias, compartieron su experiencia reflejando una disminución en su calidad de vida. Categoría 1: se estableció la sospecha clínica a partir de un retraso motor del hijo, confirmándose el diagnóstico con una analítica. Inicialmente los cuidadores experimentaron incredulidad y miedo, que pudieron verse incrementados por la escasa empatía y sensibilidad de los profesionales sanitarios. Categoría 2: se objetivó una disminución de ingresos, con un aumento paralelo de gastos, que repercutió negativamente en la situación económica de las familias. Categoría 3: los cuidadores precisaron de colegios accesibles y un recurso especial, que es la figura del auxiliar técnico educativo (ATE). Categoría 4: a nivel físico, el cuidador principal presentó patologías del sistema osteomuscular, y a nivel psicológico experimentó ansiedad, estrés y niveles altos de sufrimiento. Describieron una falta de autocuidado personal y sin embargo no reconocieron presentar un síndrome de sobrecarga del cuidador.

Categoría 5: se constataron tensiones en el entorno familiar, especialmente en el vínculo entre los progenitores.

Discusión: la experiencia de un cuidador no profesional de un paciente con DMD tiene rasgos comunes con la que experimentan cuidadores de otros pacientes con enfermedades neurodegenerativas. No obstante, las características específicas del paciente con DMD y el hecho de que se trate de un hijo del cuidador, no un ascendiente o un cónyuge,

eleva de manera exponencial su desgaste personal, asociado a niveles muy elevados de sufrimiento. Por ello, se precisa de un abordaje multidisciplinar, tanto para el paciente como su familia, en el que las enfermeras pueden desempeñar un rol fundamental, a través de la coordinación estrecha entre los profesionales de todas las categorías implicadas (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo y trabajador social), de manera que se brinden cuidados especialmente enfocados en las personas.

Además, desde la Enfermería se debe proporcionar formación en cuidados básicos e información sobre el movimiento asociativo, que en este caso particular puede brindar un apoyo muy relevante, derivado de la experiencia compartida.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Avellaneda, A., Izquierdo, M., Torrent-Farnell, J., & Ramón, J. R. (2007). COLABORACIÓN ESPECIAL enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario Rare Diseases: chronic diseases that need a new approach. En An. Sist. Sanit. Navar (Vol. 30, Número 2).

Carvajal, C. (2017). Impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Revista.Med.Clin.Condes, 28, 841-848.

Crespo, M., & Rivas, M. T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. Clinica y Salud, 26(1), 9-16. https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002

Flores Serrano. (2017). Impacto económico y en la salud en el entorno familiar de pacientes con enfermedades raras en España. Universidad de Zaragoza.

Nascimento Osorio, A., Medina Cantillo, J., Camacho Salas, A., Madruga Garrido, M., & Vilchez Padilla, J. J. (2019). Consensus on the diagnosis, treatment and follow-up of patients with Duchenne Muscular Dystrophy. Neurologia, 34(7), 469-481. https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.01.001

Melero Lacasia, A., & García Orellán, R. (2016). La comunicación en la relación terapéutica entre las competencias de enfermería: análisis en el contexto de oncopediatría. Scielo, 10.

Muntaner, J. J., Forteza, D., & Salom, M. (2014). The Inclusion of Students with Chronic Diseases in Regular Schools. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 132, 74-79. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.280

Pardo, X. M., Cárdenas, S. J., & Venegas, J. M. (2015). Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. Psicooncología,12(1), 67-86. https://doi.org/10.5209/rev_psic.2015.v12.n1.48905

Perdomo-Romero, A. Y., Cantillo-Medina, C. P., & Ramírez-Perdomo, C. A. (2023). Competencia del cuidar y sobrecarga del cuidador de la persona con enfermedad crónica hospitalizada. Revista Ciencia y Cuidado, 20(1), 71-80. https://doi.org/10.22463/17949831.3336

Pulik, D., Polauska, P., Gil, R., Mika, K., Spodzieja, J., Galka, A., Poleska, E., & Mess, E. (2018). Duchenne Muscular Distrophy - the role of the nurse in taking care of the patient. Contemporany Nursing and Health Care, 7.

Rodríguez, A. A., Amayra, I., López-Paz, J. F., Martínez, O., García, M., Salgueiro, M., Al-Rashaida, M., Luna, P. M., Pérez-Nuñez, P., Passi, N., García, I., & Ortega, J. (2022). The Role of Associations in Reducing the Emotional and Financial Impact on Parents Caring for Children with Duchenne Muscular Dystrophy: A Cross-Cultural Study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(19), 12334. https://doi.org/10.3390/ijerph191912334

Otros aspectos de interés:

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

Los autores de dicho estudio exponen no tener ningún conflicto de interés. Además, los autores de este estudio no han utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA durante el proceso de redacción.

AUTORES/AUTHORS:

Alba Ayala[1], Amaya Bernal-Alonso[2], Amaia Calderón-Larragaña[3], Maria João Forjaz[4], Carmen Rodríguez Blázquez[5]

[1] Unidad de investigación en cuidados y servicios de salud (Investén-isciii), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain. https://orcid.org/0000-0003-4855-4443

[2] Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain. https://orcid.org/0000-0001-8514-1408

[3] Aging Research Center, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. https://orcid.org/0000-0001-9064-9222

[4] Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain. https://orcid.org/0000-0003-3935-962X

[5] Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain. https://orcid.org/0000-0003-3829-0675

TÍTULO/TITLE:

Resultados en salud en personas mayores cuidadoras en España y Suecia

Palabras clave: cuidados informales, salud, calidad de vida, CASP-12, España, Suecia

Objetivo:

Las personas mayores cuidadoras representan un grupo de especial vulnerabilidad, ya que tienen que enfrentarse a su propia pérdida de capacidades funcionales mientras sufren el potencial impacto negativo que el cuidado informal tiene sobre su salud. Este estudio tiene como objetivo evaluar los resultados en salud asociados a la calidad de vida (CdV) de las personas mayores cuidadoras en España y Suecia.

Métodos:

Se utilizaron datos de la oleada 8 del *Survey of Health, Aging and Retirement in Europe* (SHARE) de la población de 50 y más años en España y Suecia recogidos en 2020. La variable dependiente en este estudio fue la CdV medida a través del CASP-12, instrumento con 12 ítems en cuatro dimensiones: control, placer, autonomía y autorrealización. Se realizaron tres regresiones lineales, una para cada grupo: no cuidador, cuidador no conviviente y cuidador conviviente. Las variables independientes del modelo fueron: indicador general de limitación de la actividad (GALI), número de enfermedades crónicas, depresión (EURO-D), salud percibida y soledad (UCLA). Los modelos se ajustaron por sexo, edad, estado civil y años de educación.

Resultados:

La muestra total para España fue de 2094 participantes con un 19,5% de cuidadores informales (6,1% convivientes). En Suecia (n=2181), el 48,5% fueron cuidadores informales, de los cuales solo el 3,7% fueron convivientes. La depresión se asoció negativamente con la calidad de vida tanto en los no cuidadores como en los cuidadores en ambos países. Un menor sentimiento de soledad se relacionó con una mejor CdV en los cuidadores convivientes en España (13=-1,145; p-valor=0,005) y en Suecia (13=-1.030; p-valor=0,020); y una buena valoración de la salud percibida se asoció con mejor CdV en los cuidadores convivientes en España (13=1.786; p-valor=0,038) y en los cuidadores no convivientes en Suecia (13=1.348; p-valor<0,001).

Discusión:

Se encontró un mayor porcentaje de cuidadores informales de 50 y más años en Suecia, aunque fue mayor la proporción de cuidadores convivientes en España, lo que refleja las diferencias en el sistema de cuidados de cada país. La vigilancia y protección de la salud mental de los cuidadores, independientemente de si son o no convivientes, debe ser un objetivo prioritario en la planificación de políticas y programas de intervención. Es importante crear estrategias que aborden la soledad no deseada en personas cuidadoras convivientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bergmann M, Börsch-Supan A. SHARE Wave 8 Methodology: Collecting cross-national survey data in times of COVID-19. Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy; 2021.

Bethmann A, Bergmann M, Scherpenzeel A. SHARE sampling guide–wave 8. SHARE Working Paper Series, 33. Munich: SHARE-ERIC; 2019.

Börsch-Supan A, Brandt M, Hunkler C, Kneip T, Korbmacher J, Malter F, et al. Data resource profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Int J Epidemiol. 2013;42(4):992-1001.

Otros aspectos del trabajo:

- Este trabajo utiliza la base de datos *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) que puede ser consultada libre y gratuitamente en http://www.share-project.org. Esta encuesta es revisada y aprobada por *the Ethics Council of the MaxPlanck Society*, y se guía por principios éticos de investigación internacionales, como el *the Respect Code of Practice for Socio-Economic Research* y la Declaración de Helsinki.
- 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 de este trabajo

Mesa 28: Violencias
Session 28: Violences

AUTORES/AUTHORS:

ESPERANZA BARROSO-CORROTO[1,2,3] ORCID: 0000-0003-0743-8657;
JOSÉ ALBERTO LAREDO-AGUILERA[2,3] ORCID: 0000-0002-3661-3584;
ANA ISABEL COBO-CUENCA[2,3] ORCID: 0000-0001-7873-3835;
JUAN MANUEL CARMONA-TORRES[2,3] ORCID: 0000-0002-7781-872X

[1] *Hospital Universitario de Toledo, Toledo, Spain*
[2] *Grupo de Investigación Multidisciplinar en Cuidados, Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, Spain*
[3] *Facultad de Fisioterapia y Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, Spain*

TÍTULO/TITLE:

Experiencia de violencia en el noviazgo en estudiantes universitarios de enfermería: un estudio cualitativo

Palabras clave: Violencia en el noviazgo, estudiantes de enfermería, violencia de pareja, estudiantes universitarios, victimas, experiencias, cualitativa

Introducción: La violencia en el noviazgo (VN) es un tipo de violencia de pareja que se da entre personas jóvenes y son aquellos comportamientos que causan daño físico, sexual o psicológico incluyendo actos de agresión física, coerción sexual, abuso psicológico y comportamientos de control; pudiéndose dar también a través de medios electrónicos e internet.

Objetivo: conocer la experiencia de los estudiantes universitarios de enfermería entorno a la VN.

Métodos: Estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico llevado a cabo a través de entrevistas individuales semiestructuradas en estudiantes de enfermería víctimas de V con las mismas categorías de partida, se les preguntó sobre su experiencia con la VN, comportamientos violentos identificados en su relación, si habían observado o sufrido comportamientos violentos a través de redes sociales, búsqueda de ayuda, afrontamiento de la situación, consecuencias y opinión entre otras.

Hay que destacar como definen las personas que sufren violencia la VN "La violencia yo la definiria como: Un estado de impotencia y de anulación a uno mismo. Que con actos que no te das cuenta te están anulando poquito a poquito, poquito a poquito. Y te hacen… Te hacen olvidarte de ti mismo por completo. Participante 6. Mujer heterosexual, víctima de VN.

Discusión: La V genera vivencias dolorosas con graves consecuencias para quienes están involucrados que afectan a la salud de las víctimas existiendo una gran falta de visibilidad y formación en personas jóvenes quedando esto de

manifiesto ante la falta de reconocimiento de situaciones violentas y la justificación de comportamientos de violencia como "normales".

La VN es un grave problema que necesita de la creación de programas de prevención, ampliación del conocimiento en la materia y recursos para ponerle solución a este problema.

Resultados: participaron once estudiantes de enfermería, existiendo diversidad de género y sexual en la muestra. Obteniendo resultados sobre su experiencia con VN, manifestaciones de VN en sus relaciones, consecuencias, búsqueda y propuestas de ayuda entre otras.

La mayoría de las víctimas de VN comenzaban afirmando no haber sufrido violencia física, pero sí violencia psicológica y verbal, así como afirmaciones de haber justificado actos violentos durante la relación, manifestando gran dificultad para identificar la VN en su inicio.

Entre las principales consecuencias de sufrir VN encontramos ansiedad, depresión, estrés, insomnio, disminución del rendimiento académico entre otras.

El proceso de búsqueda de ayuda por parte de las personas que sufren VN es complicado, llegando en muchas ocasiones a no buscar ayuda hasta que no finaliza la relación y encontrando diversas barreras en el acceso a ayuda profesional.

Entre las propuestas de ayuda destaca la necesidad de educar para prevenir la violencia incidiendo en que la violencia no es solo física y la falta de herramientas de comunicación eficaz y asertiva dentro de las parejas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cusano, J., Wood, L., O'Connor, J., & McMahon, S. (2020). What Helps and Hinders Students® Intervening in Incidents of Dating Violence On Campus? an Exploratory Study Using Focus Groups. Journal of Interpersonal Violence. https://doi.org/10.1177/0886260520966670

Dosil, M., Jaureguizar, J., & Bermaras, E. (2019). Variables Related to Victimization and Perpetration of Dating Violence in Adolescents in Residential Care Settings. Spanish Journal of Psychology, 22(36), 1-10. https://doi.org/10.1017/sip.2019.35

Duval, A., Lanning, B. A., & Patterson, M. S. (2020). A Systematic Review of Dating Violence Risk Factors Among Undergraduate College Students. https://doi.org/10.1177/1524838018782207

Ermer, A. E., Roach, A. L., Coleman, M., & Ganong, L. (2021). Attitudes About Forgiveness and Leaving a Relationship: The Context of Relationship Aggression. Journal of Interpersonal Violence. Ittps://doi.org/10.1177/0886260521997437

Fernet, M., Désilets, L., Hébert, M., & Cousineau, M.-M. (2019). Informal Help-Seeking Process Regarding Romantic Issues and Dating Violence: a Qualitative Study. Journal of Child 8

Adolescent Trauma, 14, 41-50. https://doi.org/10.1007/ 40653-019-00289-7

Kirby, C. M., Jarnecke, A. M., Leone, R. M., & Flanagan, J. C. (2022). A Preliminary Exploration of the Influence of Intimate Partner Violence Victimization on Perceptions of Others' Intimate Partner Violence Experiences. Partner Abuse, 13(3), 296-315. https://doi.org/10.1891/PA-2021-0051

Medina-Maldonado, V., del Mar Bravo, M., Vargas, E., Francisco, J., & Ruiz, I. J. (2021). Adolescent Dating Violence: Results of a Mixed Study in Quito, Ecuador. Journal of Interpersonal Violence. https://doi.org/10.1177/08862605211001471

Taquette, S. R., & Monteiro, D. L. M. (2019). Causes and consequences of adolescent dating violence: a systematic review. Journal of Injury and Violence Research, 11(2), 137-147. https://doi.org/10.5249/jivr.v1112.1061

Taylor, S., Calkins, C. A., Xia, Y., & Dalla, R. L. (2017). Adolescent Perceptions of Dating Violence: A Qualitative Study. Journal of Interpersonal Violence, 36(1-2), 448-468. https://doi.org/10.1177/0886260517726969

Tomaszewska, P., & Schuster, **I.** (2021). Prevalence of teen dating violence in Europe: A systematic review of studies since 2010. New Directions for Child and Adolescent Development, 2021(178), 11-37. https://doi.org/10.1002/CAD.20437

Otros aspectos del trabajo:

El presente estudio siguió las Directrices de Criterios Consolidados para Informes de Investigación Cualitativa (Consolidated Criteria Guidelines for Qualitative Research Reports — COREQ). Y ha sido aprobado por el comité Ético de Investigación Clínica del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (Toledo) con código 01/2021. La investigación ha respetado los principios fundamentales de la declaración de Helsinki, del Consejo de Europa relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina. Todos los datos de los participantes han sido tratados confidencialmente de acuerdo con Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, guardando su estricta confidencialidad y su no acceso a terceros no autorizados. Todos los participantes han dado su consentimiento a participar en el estudio.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

No se ha empleado ningún tipo de tecnología de inteligencia artificial (IA) generativa en ninguna de las partes de este estudio.

AUTORES/AUTHORS:

Caroline Filla Rosaneli – PUCPR, Curitiba, Paraná, Brasil

ORCID: 0000-0003-3710-5829

Mario Sanches – PUCPR, Curitiba, Paraná, Brasil

ORCID: 0000-0002-5794-2272

Renata Cristina da Rocha – PUCPR, Curitiba, Paraná, Brasil

ORCID: 0000-0002-5360-118X

Fabiane Olivia Ardenghi – PUCPR, Curitiba, Paraná, Brasil

ORCID: 0009-0003-2564-956X

Leonardo Michelotto – PUCPR, Curitiba, Paraná, Brasil

ORCID: 0009-0005-1577-2219

TÍTULO/TITLE:

Violência sexual contra infância e adolescência: a escola como agente transformador e acolhedor de soluções

Palavras-chave: direito da criança e adolescente; cuidado; proteção; escola; violência; abuso sexual.

A infância é uma fase importante para as bases fundamentais do desenvolvimento humano, tanto físicas como psicológicas, sociais e emocionais, as quais vão se consolidando e se aperfeiçoando nas etapas seguintes de desenvolvimento. Os indivíduos e grupos, particularmente os vulneráveis, como as crianças, devem ser protegidos e deve ser respeitada sua integridade. A vulnerabilidade elevada à condição de princípio ético visa garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em relação às quais a autonomia e o consentimento se manifestam insuficiente, como é o caso da infância e adolescência.

O objetivo desse estudo foi identificar possíveis estratégias de prevenção da violência sexual contra crianças e adolescentes segundo o olhar dos agentes da comunidade escolar.

Como percurso metodológico, a presente pesquisa se caracteriza como qualitativa e transversal por meio da análise de grupo focal em espaços deliberativos virtuais, conforme proposta de Fischer et al. (2022).

A técnica foi desenvolvida por um moderador, um interlocutor e um monitor que intermediaram o debate dos participantes, além de um convidado para falar sobre o tema. Os participantes foram convidados através das redes sociais utilizando-se o método bola de neve, considerando heterogeneidade nas vagas para redes de ensino nacional. A inscrição foi previamente em um formulário *on-line*, condicionado a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

validado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Utilizou-se o aplicativo *Zoom*, que viabilizou a participação interativa e simultânea dos participantes, de diferentes regiões geográficas do Brasil.

A dinâmica virtual iniciou com apresentação dos participantes e organizadores. Após, o convidado iniciou o debate com a contextualização histórica e legal da temática por 10 minutos, e após, o moderador conduziu ao público a pergunta norteadora: Quais soluções e estratégias a comunidade escolar propõe para a prevenção da violência sexual contra crianças e adolescentes?

Durante as participações foi codificado o percurso do debate com um mapa mental construído sob quatro vetores: fragilidades, princípios e valores éticos, crenças e senso comum e potenciais. Ao final do debate, o mapa mental foi apresentado e aberto ao público, visando proporcionar a construção conjunta e colaborativa.

A oficina teve duas horas de duração e 17 participantes, sendo que os participantes eram 90% do gênero feminino, 50% da região sul do país, e os demais de outras 3 regiões do país, a distribuição etária entre 33 a 71 anos, todos com nível educacional superior completo e representantes de escolas indígenas, públicas, privadas e instituições governamentais.

Durante a discussão, todos participantes foram motivados a participar de forma oral (14 pessoas) ou escrita (10 pessoas). Quanto aos vetores, foram apontados como fragilidades a desinformação dos professores, alunos e pais, validação de uma cultura machista, revitimização e violação dos direitos humanos, dificuldade de comunicação, traumas e luto com famílias sem apoio, onde o abusador pode ser o provedor da família, com uma relação de poder aceitável. Foram considerados como princípios e valores o direito da criança e do adolescente em viver uma vida digna, inocência, autoridade, proteção e acolhimento, além da necessidade da cultura do encontro. Como crenças e senso comum foi considerado que há tabu sobre o tema e a cultura educativa tradicional ajuda perpetuar o abuso, por não ter espaço para cultura do diálogo. Todos os relatos e manifestos foram validados ao final com a apresentação do mapa mental pelo interlocutor da ação.

Percebeu-se que a dinâmica metodológica é hábil na identificação de fragilidades e vulnerabilidades, promovendo a avaliação dos potenciais riscos, partindo de fatos reais em situações conflituosas, conforme identificada por Fischer et al., (2022). Ao identificar os valores e princípios éticos, os participantes da deliberação entram em contato com expressões emocionais e perspectivas impregnadas de representações individuais, culturais, sociais e históricas. A identificação das crenças e do senso comum na fala dos participantes permite reconhecer quais são as âncoras utilizadas para consolidar a concepção coletiva sobre a problemática e quais decisões críticas, conscientes e autônomas a comunidade escolar, pode potencializar o cuidado dos seus estudantes.

Por fim, registrou-se a necessidade de desenvolver metodologias educativas diferenciadas e inclusivas, campanhas de informação e acolhimento, formação continuada da equipe escolar com escuta qualificada para reconhecer os sinais e criar confiança para a denúncia, formação da criança e adolescente, e o espaço escolar precisa se preparar melhor para ser um espaço do cuidado e proteção desta ferida social.

Somente uma complexa articulação de ações sociais, culturais e globais, considerando os princípios da bioética do cuidado e do respeito à dignidade, podem ter como consequência a proteção e a garantia dos direitos humanos fundamentais da criança e do adolescente.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bressan, C. R., Loch, H. S. (2018). Violência Intrafamiliar e em especial a Violência Sexual Intrafamiliar Contra Crianças e Adolescentes: do espaço privado ao espaço da política pública. *Sociedade em Debate, 24(*2),185-206.

Bueno, S., Pereira, C., Neme, C. (2019). A invisibilidade da violência sexual no Brasil. In: *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019*. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL21.10.19.pdf

Cerna-Turoff, I. et al. (2021). Factors associated with violence against children in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-regression of nationally representative data. Trauma, *Violence, & Abuse, 22*(2), 219-232.

Christoffersen, M. N. (2020). Sexual crime against schoolchildren with disabilities: a nationwide prospective birth cohort study. *Journal of Interpersonal Violence, 37*(3-4), NP2177-NP2205.

Costa, F. S., Reis Netto, R. M., Miranda, W. D. (2020). Violência sexual contra crianças e adolescentes: uma análise criminológica das denúncias do Ministério Público, em Santa Bárbara, Estado do Pará, nos anos de 2014 a 2016. *Sociedade em Debate, 26(*1), 182-201.

Deslandes, S. F., Assis, S. G., Santos, N. C. (2005). Violências envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: *Impacto da violência na saúde dos brasileiros.* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Ferraz, M. M. P., Veloso, M. M. X., Cabral, I. R. (2021). Violência sexual contra crianças e adolescentes: análise das notificações a partir do debate sobre gênero. *Desidades*, (29), 134-150.

Fischer M. L., Rosaneli, C. F., Farias, M. K., Martins, G. Z. (2022). E-caminho do diálogo: ambientes virtuais como espaço coletivo de construção ética. *Revista Bioética, 30*(2), 258-71.

Fischer, M. L., Cunha, T. R., Roth, M.E., Martins, G. Z. (2017). Caminho do diálogo: uma experiência bioética no ensino fundamental. *Revista Bioética, 25*(1), 89-100.

Instituto Alana e Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP). (2020). *Guia Operacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes* - o papel do Ministério Público na implementação de um programa de atendimento a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. São Paulo: MPSP.

Murta, L. N. (2021). *Violência sexual contra crianças e adolescentes*: entraves, debates e possibilidades de efetivação de direitos humanos no sistema jurídico brasileiro. Porto Alegre: Editora Fi.

Renk, V. E. (2016). *Bioética e educação*: múltiplos olhares. Curitiba: Prismas.

Rocha, R. C. R., Rosaneli, C. F., De Carli, E. F. R. S., Sanches, M. A. (2022). Infâncias violadas e as vulnerabilidades na violência sexual infantil: uma revisão integrativa. *Desidades*, (34), 219-238.

Rosaneli, C. F., Rocha, R. C. R., Sanches, M. A. (2022). A cultura da violência sexual na infância: vulnerabilidades programática e moral. *Revista Inclusiones, 9*(3), 78-100.

Sanches, L. et al. (2019). Violência sexual infantil no Brasil: uma questão de saúde pública. *Revista Iberoamericana de Bioética, 9,* 1-13.

Vieira, M. S. (2018). Violência sexual contra meninas: do silêncio ao enfrentamento. *Libertas, 18*(2), 101-116.

Werner, F. F., Simão-Silva, D. P. (2017). Bioética, Educação e enfrentamento à violência sexual contra a criança e o adolescente. In: Sanches, M.A., Simão-Silva, D.P. (orgs.). *Violência Familiar:* múltiplas faces e muitas marcas, Curitiba: Editora CRV, p.76-86.

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Aprovação CEP-CAAE: 48091515400000100.

Mesa 29: Gestión de cuidados y del personal
Session 29: Care and personnel management

AUTORES/AUTHORS:

Gonzalez-Torrente Susana, Amorós-Cerdá Sylvia, Ballesteros-Barrado Antonia, Orvay-Vázquez Elena, Prieto-Valle Juana Mª, Rodriguez-Calero Miguel Angel, Villafáfila-Gomila Carlos, Vinent-Vidal Félix, Viña García-Bericua María.

TÍTULO/TITLE:

Proyecto Nexius: necesidades y expectativas de usuarios y enfermeras del servicio de salud de las Islas Baleares

RESUMEN

ANTECEDENTES: La Estrategia de Cuidados de las *¡lles Balears, AmbCura,* tiene como misión mejorar la salud de las personas y garantizar el derecho a recibir una atención enfermera de calidad, reorientando el modelo de cuidados y el sistema sanitario para que éste sea más eficaz, eficiente, innovador y equitativo. Siguiendo las directrices de la OMS, la estrategia de cuidados plantea la reorganización de los servicios de salud en torno a las personas, las familias, los cuidadores y las comunidades, adaptando los servicios a las necesidades y expectativas de la población, considerando la participación de los profesionales y de la ciudadanía como elementos indispensables en la gestión y organización del sistema de salud.

En 2017 la *Conselleria de Salut i Consum del Govern de les ¡lles Balears* (GOIB) en su plan estratégico, considera como ejes vertebradores, la participación de la ciudadanía y de los profesionales como un valor en sí mismos.

La Estrategia de Cuidados de les *¡lles Balears, AmbCura,* tras el consenso de un panel de expertos, estableció 7 ejes estratégicos: Salud pública y atención primaria, liderazgo y desarrollo profesional, práctica basada en la evidencia, continuidad asistencial, atención a personas con enfermedades crónicas, participación ciudadana y humanización, y seguridad y calidad de los cuidados.

A fin de realizar un buen diagnóstico de situación se diseñó un estudio de metodología cualitativa para captar aquellas dimensiones y matices, tanto de enfermeras como de usuarios, que no se verían reflejados en un estudio cuantitativo. Este estudio está parcialmente financiado por el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de les Illes Balears (COIBA)

OBJETIVO GENERAL

Explorar las necesidades y expectativas de las enfermeras y de las/os usuarias/os que trabajan o son atendida/os en la red pública de salud de las Illes Balears en relación con los ejes estratégicos de cuidados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las necesidades y expectativas de las enfermeras sobre la atención a la cronicidad, la continuidad asistencial, la salud pública y atención primaria, y la seguridad y calidad de los cuidados

- Analizar las necesidades y expectativas de las enfermeras sobre el liderazgo, desarrollo profesional y la práctica basada en la evidencia.
- Explorar las necesidades y expectativas de usuarios (pacientes y cuidadores) del sistema público de salud de las Illes Balears sobre los ejes estratégicos de cuidados.

MÉTODOS

Análisis de discurso a través de entrevistas en profundidad. Muestreo teórico e intencional en el que participaron:

- 23 enfermeras/os en activo que cumplían los siguientes criterios: voces expertas, reflexivas y críticas en relación con los 7 ejes estratégicos con un mínimo 3 años de ejercicio profesional en el sistema público de salud.
- 10 usuarios (pacientes y cuidadores) atendidos en el sistema público de salud vinculados a programas o planes de salud activos en las Islas Baleares con trayectorias de larga duración en salud.

Se llevaron a cabo estrategias de análisis mixtas deductivas basadas en los 7 ejes de la estrategia de cuidados del *Servei de Salut de les Illes Balears* y evidencia científica, e inductivas a partir de datos emergentes de las narrativas de los profesionales y los usuarios. Realización de las entrevistas por pares, triangulación entre investigadores y reflexividad del equipo a través de diarios de campo.

RESULTADOS

Se exponen los resultados respecto a los 7 ejes que articularon las entrevistas

1. Atención a las personas con enfermedades crónicas: las enfermeras identifican claramente su aportación en esta área. Sigue existiendo un enfoque biologicista, aunque cambia el discurso. Riesgo de doble marginación en muy vulnerables (Infantil y Salud Mental).

2. Continuidad asistencial: necesidad de mejorar la coordinación entre ámbitos conociendo los programas y cómo se trabaja en cada contexto. La Enfermera Gestora de Casos (EGC) se reconoce fundamental en este aspecto y los usuarios valoran la continuidad de su atención

3. Liderazgo enfermero y desarrollo profesional: existe un contexto de trabajo jerárquico y decisiones poco participativas. Los pacientes están de acuerdo en la falta de reconocimiento de las enfermeras, consideran que están presentes, pero cubren un papel de mediación, sin autoridad. Plantean dificultades de identificación. Existe una normalización de la cultura del hacer-hacer, incluso los pacientes hablan del

impacto de prácticas rutinarias, mecanizadas y sin individualización. Las enfermeras reconocen el género y la disciplina como determinantes que condicionan su desarrollo, y evidencian la falta de empoderamiento.

4. Participación ciudadana y humanización: el paciente aún no es el centro del sistema sanitario. Falta de competencia y cultura sobre participación ciudadana. La COVID ha supuesto un retroceso para la participación y humanización.
5. Práctica Basada en la Evidencia (PBE) influyen factores organizacionales y factores individuales: se precisa un cambio de cultura y existe falta de empoderamiento de las enfermeras. Se menciona el programa BPSO como un avance en ambos sentidos.
6. Salud pública y atención primaria: se reconoce como un contexto que fomenta la autonomía profesional, aunque los pacientes muchas veces no utilizan bien el sistema. Se menciona una falta de apuesta real por la prevención y la promoción de la salud.
7. Seguridad y calidad de los cuidados: distribución de cargas de trabajo basada en gestión igualitaria no en la complejidad de los cuidados. Falta de cultura de riesgo, y alta rotación de profesionales. Los pacientes hablan la gestión de agendas por servicios, no según sus necesidades.

En todos los aspectos se ponen de relieve desigualdades por doble insularidad.

DISCUSIÓN

Necesidad de un modelo de atención de la salud centrado en el usuario, que fomente la participación y la toma de decisiones compartida. Se pone en valor el *Programa del pacient actiu.*

Falta de continuidad en el cuidado por alta rotación de profesionales y en el traslado entre ámbitos.

Las enfermeras son conscientes del valor que aportan en la gestión de los cuidados, pero siguen tomando decisiones con menor autoridad: techo de cristal por género y disciplina.

Valoración positiva de los nuevos roles y perfiles profesionales (especialistas, Enfermera de Práctica Avanzada Hospitalaria (EPAH) y EGC): resolución eficiente de las necesidades de salud en procesos crónicos y reducción de jerarquías interprofesionales.

Críticas a la actual política de contratación por falta de reconocimiento a la experticia, amenaza a la seguridad y calidad de los cuidados y falta de fidelización profesional.

Normalización de la cultura *hacer-hacer* en lugar de *pensar-hacer:* la PBE no es un objetivo prioritario.

Falta de continuidad política en el servicio público de salud: no existen objetivos a largo plazo, falta una apuesta real por la promoción y prevención de salud y se evidencia desigualdad interislas.

Se justifica la necesidad del desarrollo e implementación eficiente y efectiva de una estrategia de cuidados autonómica con la misión de mejorar la salud de las personas y garantizar el derecho a recibir una atención enfermera de calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 Organización Mundial de la Salud. (2016). Marco sobre servicios de salud inte-grados y centrados en la persona. In Organización Mundial de la Salud (Vol. 1, pp. 1 13). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253079/1/A69_39-sp.pdf?ua=1

2 Zaldívar Laguía MI, Gómez Picard PJ, Fuster Culebras J, Frontera Borrueca M, Ramos Mon-tserrat MJ, Prósper Gutierrez BDalmau Fortuny FJ, P. R. (2017). PLA ESTRATÈGIC - CON-SELLERIA DE SALUT DE LES ILLES BALEARS - 2016-2020. In Journal of Chemical Infor-mation and Modeling (Conselleri, Vol. 53, Issue 9, p. 88). https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

3 Brett J, Staniszewska S, MockfordDPhil C, Herron-Marx S, Hughes J, Tysall C, Suleman R. (2012) Mapping the impact of patient and publicinvolvement on health and social care research: asystematic review. Health Expectations,17, pp.637 650. doi: 10.1111/j.1369-7625.2012.00795.x

4 Clignet F, van Straten A, Cuijpers P, van Meije B. (2019). Unmet care needs, care provision and patient satisfaction in patients witha late life depression: a cross-sectional study. AGING & MENTAL HEALTH. VOL. 23, NO. 4, 491 497. https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1426716

5 Davis MM, Gunn R, Gowen K, Miller BF, Green LA, Cohen DJ (2018). A qualita-tive study of patient experiences of care in inte-grated behavioral health and primary care settings: more similar than different. Translational Behavioral Medicine Volume 8, Issue 5, October 2018, Pag-es 649 659, https://doi.org/10.1093/tbm/ibx001.

6 Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina I. (2019). Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. Enfermería Clínica, 29(2), 99 106. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.005

7 Phillips, R. L., Short, A., Kenning, A., Dugdale, P., Nugus, P., McGowan, R., & Greenfield, D. (2014). Achieving patient-centred care: The potential and challenge of the patient-asprofessional role. Health Expectations, 18(6), 2616 2628. https://doi.org/10.1111/hex.12234

8 Bishop, A. C., & Macdonald, M. (2017). Patient Involvement in Patient Safety. Journal of Pa-tient Safety, 8(4), 182 188. https://doi.org/10.1097/pts.0b013e318267c4aa

AUTORES/AUTHORS:

Vilda Discacciati Vega María Agustina, Mercedes Volpi, Camila Volij, Daniela Epstein, Sergio Adrián Terrasa.

TÍTULO/TITLE:

Evaluación cualitativa de la implementación de la práctica de IVE/ILE en el Hospital Italiano de Buenos Aires posterior a la sanción de la Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Palabras clave: interrupción del embarazo, aborto, gestión. estudio cualitativo, derechos

Objetivo

La práctica del aborto en Argentina adquiere nuevas regulaciones luego de la sanción de la Ley 27.610 en diciembre de 2020. En este marco, comprender cómo los hospitales privados movilizan sus recursos con el fin de garantizar el acceso de sus usuarios a dicha normativa nacional resulta crucial. **Métodos** Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico y micro etnográfico, entre marzo del 2022 hasta mayo del 2023. Reclutamiento de participantes a través de la identificación de referentes institucionales, informantes claves, invitados por e-mail a profesionales de Clínica Médica, Medicina Familiar, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Contact Center, Administración, Farmacia, Diagnóstico por imágenes, Departamento de Medicina Ambulatoria y Medicina del Trabajo. Finalmente se realizaron 18 entrevistas en profundidad de manera presencial o videollamada según preferencia de los participantes. **Análisis** Se desgrabaron y transcribieron las entrevistas. Se uso el Atlas.ti 9 para el análisis, inicialmente exploratorio, con una nube de palabras que permitió conocer las de mayor frecuencia. Luego de una lectura en profundidad se realizó codificación abierta, se organizaron en áreas temáticas distinguiendo áreas de convergencia/divergencia. Se desarrolló la conceptualización sobre la implementación del dispositivo IVE. El análisis interpretativo se realizó mediante un mapa conceptual que evidenció la vinculación de las categorías entre sí y con las áreas temáticas. Se confeccionó una síntesis narrativa de las respuestas de los participantes para resumir los puntos clave de cada uno de los temas identificados. **Consideraciones éticas:** El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Protocolo de Investigación institucional bajo el número 6187. Los participantes dieron su consentimiento oral previo a la grabación de las entrevistas.

Resultados

Historia del Aborto en el Hospital Italiano de Buenos Aires PRIMERA ETAPA: Sin límites temporales precisos, esta etapa se extiende ampliamente hasta inicios de la década del 2010. La característica de abordaje del aborto se centraba en la utilización de circuitos de derivación informal a profesionales de la salud del sector privado quienes realizaban interrupciones, por fuera de la ley y de la institución, mediante la utilización de una técnica quirúrgica denominada legrado o curetaje. SEGUNDA ETAPA: desde 2013 se implementa la reducción de riesgos y daños en el abordaje de aborto. Los profesionales médicos y el profesional farmacéutico declararon que en esta etapa no se podía generar una receta de misoprostol por restricciones legales. Etapas complejas con inseguridades y con temor a ser denunciados por recomendar una práctica ilegal . TERCERA ETAPA: El Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción

legal del embarazo (ILE) fue lanzado por el Ministerio de Salud en 2015[2], sustentado jurídicamente en 2012[12]. Este protocolo intenta proveer lineamientos claros sobre el abordaje del aborto y enmarcar causales para solicitarlo. Una profesional comentó haber recibido hostigamiento por parte de su jefe ante la utilización de la causal salud psicosocial para enmarcar la interrupción del embarazo.

A principios de 2016 se formó un grupo de trabajo Inter servicios con el objetivo de difundir la implementación del protocolo ILE. Este grupo gestionó ateneos entre servicios, incorporó la forma de evolucionar en la Historia Clínica bajo el dominio ILE, creó una ficha de evolución y gestó la incorporación del Consentimiento Informado y de la Declaración Jurada, para dar cumplimiento a la ley. Se sentaron las bases de lo que, una vez sancionada la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en 2020, se configuraría como el equipo IVE.

El dispositivo *IVE ambulatorio* está organizado en tres días de atención de Ginecología, Medicina Familiar y Clínica Médica. Los pacientes que acceden al circuito pertenecen tanto al sistema de medicina prepaga propia como a otras entidades de medicina prepaga o de seguridad social que tienen convenios como prestador. También concurren pacientes que consultan de manera particular (pacientes privados) y otros que provienen de diversos países exclusivamente para realizar la práctica. El acceso es con un desde la central de turnos, ya sea por vía telefónica o presencial. Aquellos pacientes que realizarán el tratamiento de interrupción con aspiración manual endouterina (AMEU) queda centralizado en obstetricia. La medicación se prescribe en la historia clínica con cobertura al 100%. Para la realización de ecografías dentro del circuito, se cuenta con un consultorio conformado por profesionales de obstetricia y diagnóstico por imágenes, que sólo realizan ecografías de primer trimestre del embarazo.

Impulsores del dispositivo IVE .Al interrogar al equipo de salud sobre cómo fue la dinámica organizacional alrededor de la gestión de inicio del dispositivo, surgieron varios actores que se identificaron como impulsores del consultorio: el equipo de salud que toma contacto directo con la problemática, los pacientes, el equipo de empleados administrativos del Call Center y las autoridades institucionales. Como se mencionó con anterioridad, el equipo de salud lleva más de tres años previos al 2020 instalando el manejo de la problemática dentro de la institución, tanto de forma individualizada como en el marco de la conformación de un equipo interdisciplinario. Este equipo, movilizado por los cambios socio-políticos que ocurrían en paralelo en diciembre del 2020 decidió proponer la gestión del dispositivo a las jefaturas de servicio y desde la dirección del hospital no ha habido obstáculos para el inicio del dispositivo.

Convocatoria a los profesionales a formar parte del dispositivo . El consultorio IVE se generó tres meses después de la sanción de la ley 27.610 y dos meses posteriores a la implementación de esta. Los profesionales de salud fueron convocados por sus jefes de servicio en base a la impresión subjetiva que tenían de su compromiso con el tema. Cuatro médicos se ofrecieron a participar porque tenían una militancia histórica dentro del aborto no punible, y se habían configurado como referentes dentro de sus servicios en el manejo de abortos voluntarios.

Difusión. El hospital no difundió la práctica debido a que se trata de un tema de alta sensibilidad social y es una decisión política no difundir la práctica. Se realizo solo difusión interna institucional del dispositivo.

Otros efectores dentro del dispositivo: Farmacia Se consignaron requisitos claros para la confección de la receta de la medicación.. Dos médicos refirieron recibir quejas de pacientes por tratos no cordiales y atribuyeron dichos fenómenos a la sensibilidad social que rodea a la temática. Diagnóstico por imágenes . por derivación directa por médicos del consultorio IVE o el personal administrativo, Desde el comienzo se planteó que las connotaciones afectivas sobre las imágenes o los sonidos cardíacos embrionarios o fetales resultan una afrenta a la sensibilidad de la persona que desea acceder a una interrupción, por lo que se elige que sólo ciertos profesionales de la salud sean los que realizan las ecografías en el marco del aborto, a fin de evitar situaciones que vulneren los derechos de los pacientes:
Posibilidades de mejora percibidas por el equipo

Circuito guardia en comunicación entre profesionales, y propiciar homogeneidad en las pautas de derivación a la emergencia y manejo de abortos incompletos.

AMEU Los profesionales del dispositivo consideran que mayor número de pacientes optarían por usar la AMEU, pero son desalentados debido a que es más complicado logísticamente.

AIPEO el acceso a métodos anticonceptivos de larga duración está garantizado por el equipo de Planificación Familiar tiene demoras

Discusión Las distintas etapas de abordaje de la interrupción del embarazo en su recorrido histórico coinciden con las formas de abordaje adoptadas y recomendadas a nivel loco-regional que se hallaban enmarcadas dentro de las distintas instancias legislativas por las que transitó el aborto voluntario en Argentina.9 10 11 15 En la literatura local hay evidencia de que en Argentina existió un mercado de servicios de aborto extendido, diversificado y segmentado donde coexistían procedimientos de diverso tipo, y con calidad asociada a la capacidad económica de la mujer.[16]. En un estudio previo se relevó que “era considerado recomendable –e incluso necesario–, contar con el teléfono de algún especialista que realizara abortos, para poder dar respuesta a solicitudes de interrupción del embarazo”.[15] Posteriormente valiéndose del derecho de los pacientes a recibir información, solían implementar la estrategia sociosanitaria de reducción de riesgos y daños.[9] La derivación a grupos feministas de acción-acompañamiento en aborto y la utilización de páginas de internet con información relevante fueron una estrategia más.10 [11] A su vez, en la etapa de ILE sobresalieron la falta de directivas institucionales que enmarquen la utilización de la causal salud para el aborto no punible dentro de la institución.El dispositivo implementado da respuesta a los plazos requeridos por la Ley 27.610 y no existen restricciones relevadas al momento de las entrevistas. En cuanto al resto de entes de medicina prepaga, las limitantes resultan los costos y procesos burocráticos que podrían simplificarse. En un informe realizado por Amnistía Internacional posterior a la Ley 27.610, se reconoce que en nuestro país más del 60% de la población cuenta con cobertura por obras sociales o entes de medicina prepaga[17]. Desde la sanción de la ley a abril de 2022, la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (SSSN)[4]recibió 319 reclamos asociados a desafíos en el acceso al aborto de todas las jurisdicciones país. De los 319 reclamos recibidos la mayoría (35%) se originó a partir de la denegación de la prestación (un total de 102 reclamos). En segundo lugar (29%), se ubican los reclamos vinculados con la medicación (85 reclamos). En tercer lugar (17%) los problemas de reintegro (49 reclamos) seguidos

por los de “demora” e “IVE fuera de plazo” (26 reclamos, que representan un 9%). El 10% restante incluye reclamos por falta de información, por la obstaculización de la práctica, los derivados de la objeción de conciencia, y otros sin precisar (30 reclamos). El “circuito ecografía” ha presentado mejoras desde que se implementó el dispositivo que intenta garantizar el trato digno a la persona en situación de aborto. La ecografía es un estudio complementario que la Organización Mundial de la Salud no recomienda de forma rutinaria como requisito necesario para el acceso al aborto[19]. En la práctica, resulta habitual que el profesional de salud que realiza la ecografía mencione detalles sobre las características anatómicas o fisiológicas del embrión o feto, que reproduzca latidos cardíacos fetales durante la consulta, así como también es frecuente que se felicite a la persona gestante por estar embarazada o, en casos extremos, se transmita parte de la información obtenida a los acompañantes/familiares sin que se consulte con la persona gestante. Este conjunto de significados sociales asociados a la ecografía, son utilizados en estados conservadores de Estados Unidos con un fin coercitivo para disuadir a las personas de abortar, lo que atenta contra su autonomía y viola su libertad[20]. Dentro de las posibilidades de mejora se destacan la necesidad de ampliar las vías de comunicación y derivación a la guardia de gineco/obstetricia y a los efectores de IVE/ILE en internación. Así también, la homogeneización de los criterios diagnósticos y de tratamiento del aborto en curso, incompleto y complicado. Se destacó además la necesidad de mejorar el acceso a la AIPEO y a los métodos anticonceptivos de larga duración hacia toda la población usuaria del hospital.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Boletín Oficial República Argentina - Acceso A La Interrupción Voluntaria Del Embarazo - Ley 27610. https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115.
2. Isla, V. et al. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria legal del embarazo. Actualización 2021. En Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria legal del embarazo. Actualización 2021 117–117 (2021). }
3. Drovetta, R. I. Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. El caso de la ‘Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir’. Salud Problema 13–35 (2018).
4. Ganatra, B. et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet 390, 2372–2381 (2017).
5. Zeldovich, V. B. et al. Abortion Policies in U.S. Teaching Hospitals: Formal and Informal Parameters Beyond the Law. Obstet. Gynecol. 135, 1296–1305 (2020).
6. Donalek, J. G. Phenomenology as a qualitative research method. Urol. Nurs. 24, 516– 517 (2004).
7. LeBaron, C. Microethnography. The International Encyclopedia ofCommunication (2012) doi:10.1002/9781405186407.wbiecm082.pub2.

8. SAIJ. Disponible en http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-b uenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ot s-eupm ocsollaf.
9. Briozzo, L. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos. Preprint at http://clacaidigital.info/handle/123456789/298 (2002).
10. Vázquez, M. S. S. F. La transnacionalización del aborto medicamentoso: la influencia internacional en el activismo y en los profesionales de la salud en Argentina.
11. -Grosso, B. & Zurbriggen, R. Coaliciones y alianzas entre activistas feministas y el sistema de salud: relato de una experiencia situada en pos del derecho a abortar. http://clacaidigital.info/handle/123456789/862 (2016).
12. SAIJ. Disponible en http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federalciudad-autonoma-b uenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa

Mesa 30: Práctica clínica avanzada
Session 30: Advanced clinical practice

AUTORES/AUTHORS:

Sergio Cazorla-Calderón, ORCID 0000-0003-4965-6011; Olga Paloma-Castro, ORCID 0000-00024225-9307; José Manuel Romero-Sánchez, ORCID 0000-0001-8227-9161

TÍTULO/TITLE:

Exposición sensorial multimedia en la mejora de la experiencia y resultados informados por el paciente con IAM

Palabras clave: Educación para la salud; intervención enfermera; participación de pacientes; ambulancias; emergencias; infarto agudo de miocardio.

Introducción Los pacientes que sufren infarto agudo de miocardio y son trasladados en ambulancia al hospital para someterse a una intervención coronaria percutánea experimentan diferentes sensaciones que han sido descritas previamente, destacando la ansiedad, el miedo a la muerte o la incertidumbre. Estudios previos han demostrado que el traslado sanitario provoca alteraciones psicológicas y fisiológicas y que tiene mayor impacto en aquellos pacientes con patologías cardiacas. Existen evidencias que avalan que el hecho de proporcionar información anticipatoria (describir sensaciones y hechos normales de un procedimiento estresante que se va a realizar en un futuro próximo) resulta beneficioso para reducir las sensaciones que experimentan los pacientes. Además, durante el proceso asistencial urgente, la información transmitida de forma oral relacionada con el estado de salud se ve alterada por dicho proceso asistencial y dificulta la comprensión por parte de los pacientes. Hoy en día, la tecnología multimedia nos permite derribar las barreras que la falta de conocimientos sanitarios crea en determinados pacientes. Las enfermeras asistenciales pueden intervenir en este proceso complejo, proporcionando información anticipatoria que es efectiva en la reducción de la incertidumbre, el grado de ansiedad y los niveles de estrés.

Objetivo(s): El objetivo principal fue desarrollar y validar el contenido de un material multimedia de educación al paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST para ser visionado durante el traslado, en una Unidad de Soporte Vital Avanzado, al hospital para someterse a una Intervención Coronaria Percutánea. Los objetivos secundarios marcados 3: determinar el contenido que debía contener el material en base a la información aportada por pacientes expertos y profesionales de la salud y organizar la información en base a objetos de aprendizaje, adaptar cada objeto de aprendizaje a escenas, mediante el desarrollo los personajes, acciones, escenarios y narración y secuenciarlas mediante un guion gráfico y por último validar el contenido del guion de las escenas mediante consenso de expertos.

Métodos: Con finalidades operativas, se dividió en cinco etapas para facilitar su desarrollo. La metodología de cada una se explica a continuación.

Etapa 1: determinación del contenido mediante participación de profesionales y pacientes: Para alcanzar los objetivos propuestos se diseñó un estudio cualitativo de orientación fenomenológica a partir de grupos focales. La fenomenología permite describir el significado de una experiencia a partir de la visión subjetiva de quienes la han experimentado, haciendo que el proceso de análisis cualitativo sea más claro y sistemático (Palacios-Ceña & Corral Liria, 2010). La técnica de grupos focales es una técnica cualitativa que supone una gran herramienta para el desarrollo de este tipo de contenido (Campbell et al., 2000). Se llevó a cabo el estudio en la provincia de Cádiz. La investigación se ejecutó entre los meses de noviembre de 2018 y marzo de 2019. La selección de los participantes se realizó usando el muestreo intencional de tipo teórico propuesto (Glaser & Strauss, 1967). La captación de los pacientes se realizó a través de la Asociación Cardiaca Trébol de Corazones de Cádiz y mediante la colaboración de la Empresa Pública de Emergencias y del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz se reclutaron los profesionales sanitarios. Para la recogida de datos se utilizó la técnica de los grupos focales. Mediante una entrevista grupal semiestructurada que gira alrededor de una temática propuesta por el investigador se obtienen los datos (Escobar & Bonilla Jimenez, 2009). El grupo focal está guiado por un conjunto de preguntas diseñadas cuidadosamente para recoger información que ayude a cumplir los objetivos del estudio (Lewis-Beck et al., 2004). Los grupos focales permiten explorar las actitudes, opiniones, percepciones y comportamientos de los participantes obteniendo una diversificación y profundización de los contenidos relacionados con el objeto de estudio para generar conocimiento (Iervolino & Pelicioni, 2001). Éstos fueron registrados en audio para posteriormente poder transcribir todas las aportaciones de los participantes. En dichos documentos se recogió el discurso de los participantes, de forma que el equipo de investigadores, tras proceder al análisis de contenido de éste, pudiera agrupar el conjunto para obtener conclusiones para su ulterior contraste y validación.

Etapa 2: validación del contenido generado mediante consenso de expertos. Con el objetivo de evaluar la relevancia y la adecuación de los conceptos seleccionados en la etapa anterior, se llevó a cabo un estudio tipo Delphi de consenso de expertos. Los participantes fueron los profesionales que habían participado en los grupos focales del estudio descrito anteriormente. Las variables que considerar en el estudio fueron únicamente el grado de acuerdo de los participantes respecto a la relevancia (significación del contenido para el objetivo del material multimedia) y adecuación (ajuste del contenido al material) de una serie de conceptos extraídos de los aportados de los grupos focales para que posteriormente pudieran ser utilizados como instrucciones para la creación de los videos y su contenido. Se calculó el índice de validez de contenido (Polit & Beck, 2021) de cada concepto propuesto. De manera análoga se calculó el índice de adecuación.

Etapa 3: desarrollo de los storyboards. Una vez obtenidos los conceptos claves en relación con el contenido y la estructura de este se creó el guion y el *storyboard* esquemático, que es un conjunto de ilustraciones que aparecen secuencialmente y que se utilizan como guía para representar y entender una historia. Su desarrollo se realizó siguiendo la metodología descrita en estudios sobre creación de objetos de aprendizaje (Hortense et al., 2018).

Etapa 4: producción de los videos multimedia. Siguiendo el guion y el *storyboard* esquemático previamente diseñados y validados, se inició la creación de las ilustraciones de personajes, objetos y fondos. En el proceso de diseño, se siguió la premisa de usar unos colores neutros, evitando la presencia de colores estridentes, y se creó un estilo de dibujo neutro en que las animaciones no resultasen infantiles.

Etapa 5: Validación del contenido desarrollado. Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante encuesta a un grupo de expertos. El contenido desarrollado fue validado aplicando el instrumento ECVIH-12-SV. Esta herramienta utiliza una escala cuyo objetivo es la validación de contenido de los materiales de educación para la Salud. Su estructura está dividida en tres dominios: objetivos, estructura/presentación y relevancia.

Resultados: Se realizaron un total de 4 grupos focales: 2 con pacientes y 2 con profesionales sanitarios (33 participantes en total). Mediante un análisis de contenido por categorización (basado en datos) se identificaron unidades en los textos, para la creación de categorías para reorganizar las ideas recogidas (Díaz Herrera, 2018; Malterud, 2001). Se identificaron tres grandes categorías que debían cumplir los videos: formato del video, lenguaje y temática. Una vez analizada la información de los diferentes actores participantes, se procedió a validar las ideas clave surgidas de los mismos. Se realizaron dos encuestas online, algunos de los ítems analizados se focalizaron en las características específicas del servicio en el que trabajaban los profesionales. Todos los contenidos fueron valorados como *"de acuerdo"* o *"totalmente de acuerdo"* a excepción de la idea clave *"Se debería utilizar un lenguaje paternalista"* donde el 87,5% de las respuestas fueron contrarias a esta premisa.

Posteriormente se desarrollaron el *storyboard* esquemático y el guion de los videos a partir de las recomendaciones y experiencias de los participantes y de acuerdo con los resultados de la revisión de

la literatura. Se crearon un total 19 secuencias o *keyframes*[1] organizando por primera vez la información en segmentaciones tal como demandaron los participantes. En total 19 *keyframes* fueron ilustrados por un diseñador gráfico. Una vez se obtuvo la versión definitiva del storyboard esquemático se pudo crear el material multimedia que está compuesto por 5 videos con una duración inferior a los 5 minutos cada uno de éstos: "Empecemos por aquí" (Duración: 1'43"), "La historia de Alfredo" (Duración: 3'06"), "¿Qué me está pasando?" (Duración: 3'56"), "¿Dónde vamos?" (Duración: 1'51"). Y "¿Qué me van a hacer?" (Duración: 4'09"). En la validación del contenido participaron 23 profesionales que cumplían con todos los criterios de inclusión establecidos, reconociéndose el 52,20% como mujeres con una media de edad de 43.91 años (DE= 9,89).

Discusión: Se ha observado que los pacientes identifican como factores claves para la mejora de la experiencia del traslado la exposición de las sensaciones vividas por otros sujetos. Y por eso los videos muestran la "Historia de Alfredo" una persona que ha experimentado el mismo proceso asistencial y con la que se pueden sentir identificados. El formato de los videos, así como la temática nació de las experiencias aportadas por los pacientes y los profesionales durante los procesos de participación diseñados.

Se obtuvieron los contenidos del material multimedia desarrollados mediante las aportaciones de los grupos focales. Cumplen criterios de relevancia y adecuación en base a las conclusiones derivadas de la evaluación consensuada de los expertos. Se decidió evaluar los contenidos desarrollados utilizando una herramienta validada: ECVIH-12-SV. El contenido del material desarrollado ha demostrado ser adecuado en cuanto a objetivos, estructura, presentación y relevancia, aspectos que valora la ECVIH-12-SV, convirtiéndose así en una herramienta de utilidad para su aplicación con pacientes. Estas herramientas

están alineadas con las actividades propuestas en la intervención enfermera “información anticipatoria sensorial”. Esta intervención es útil para dar respuesta a las inquietudes de los pacientes durante el proceso asistencial en cuestión.

Otros aspectos del trabajo: El conjunto de actividades de investigación que integran el proyecto fue sometido a valoración por parte del Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía que en su dictamen señaló que se cumplían los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo con relación a los objetivos y se ajustaba a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios y recogidos en la Declaración de Helsinki de 1964, de la Asociación Médica Mundial, y enmiendas posteriores, y en el Convenio del Consejo de Europa de 1996, relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina. Esta investigación fue financiada mediante la *Convocatoria de subvenciones para la financiación de la investigación y la innovación biomédica y en Ciencias de la Salud en el marco de la iniciativa territorial integrada 2014-2020 para la provincia de Cádiz. Proyectos ITI 2019* de la Junta de Andalucía.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 Ackley, B. J., Ladwig, G. B., & Makic, M. B. F. (Eds.). (2017). Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care.

2 Aguilera Peña, M. (2014). Manual de atención al síndrome coronario agudo en el ámbito de la medicina de urgencias y emergencias Ed. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias Agrupación Andalucía. https://tinyurl.com/yc6tw7xk

3 Aldama, G., López, M., Santás, M., Flores, X., Piñón, P., Salgado, J., Calviño, R., Vázquez, N., Mesías, A., González-Juanatey, C., Muñiz, J., & Vázquez, J. M. (2020). Impacto en la mortalidad tras la implantación de una red de atención al infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Estudio

IPHENAMIC. Revista Española de Cardiología, 73(8), 632–642. https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.09.013

4 Andrade-Lotero, L. A. (2012). Teoría de la carga cognitiva, diseño multimedia y aprendizaje: un estado del arte. Magis: Revista Internacional de Investigación En Educación, 5, 75–92.Andrade-Lotero, L. A. (2012). Teoría de la carga cognitiva, diseño multimedia y aprendizaje: un estado del arte. Magis: Revista Internacional de Investigación En Educación, 5, 75–92.

5 Armstrong, A. W., Kim, R. H., Idriss, N. Z., Larsen, L. N., & Lio, P. A. (2011). Online video improves clinical outcomes in adults with atopic dermatitis: a randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Dermatology, 64(3), 502–507. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2010.01.051

6 Aschidamini, I. M., & Saupe, R. (2004). Grupo focal - estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. Cogitare Enfermagem, 9(1). https://doi.org/10.5380/ce.v9i1.1700

7 Ayral, X., Gicquere, C., Duhalde, A., Boucheny, D., & Dougados, M. (2002). Effects of video information on preoperative anxiety level and tolerability of joint lavage in knee osteoarthritis. Arthritis & Rheumatism, 47(4), 380–382. https://doi.org/10.1002/art.10559

8 Chang, Z., Guo, A., Zhou, A., Sun, T., Ma, L., Gardiner, F. W., & Wang, L. (2020). Nurse-led psychological intervention reduces anxiety symptoms and improves quality of life following percutaneous coronary intervention for stable coronary artery disease. Australian Journal of Rural Health, 28(2), 124–131. https://doi.org/10.1111/ajr.12587

9 Clayton, L. H. (2009). TEMPtEd: development and psychometric properties of a tool to evaluate material used in patient education. Journal of Advanced Nursing, 65(10), 2229– 2238. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05049.x

10 Demircelik, M. B., Cakmak, M., Nazli, Y., Şentepe, E., Yigit, D., Keklik, M., Arslan, M., Cetin, M., & Eryonucu, B. (2016). Effects of multimedia nursing education on disease-related depression and anxiety in patients staying in a coronary intensive care unit. Applied Nursing Research, 29, 5–8. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.03.014

11 Díaz Herrera, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. Revista General de Información y Documentación, 28(1). https://doi.org/10.5209/RGID.60813

12 Edouard, F. (2015). Guía para taller con grupos focales con beneficiarios directos. Organización de Las Naciones Unidas Para La Alimentación y La Agricultura (FAO), 12.

13 González Mestre, A. (2014). La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. Enfermería Clínica, 24(1), 67–73. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.005

14 Haddad, N. E., Saleh, M. N., & Eshah, N. F. (2018). Effectiveness of nurse-led video interventions on anxiety in patients having percutaneous coronary intervention. International Journal of Nursing Practice, 24(4), e12645. https://doi.org/10.1111/ijn.12645

15 Ibáñez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimsk, P., ... Zeymer, U. (2017). Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Revista Española de Cardiología, 70(12), 1082.e1-1082.e61. https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.10.048

16 López Farré, A., & Macaya Miguel, C. (Eds.). (2009). Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y de la Fundación BBVA. Fundación BBVA.

17 Morriss, J., & van Reekum, C. M. (2019). I feel safe when i know: Contingency instruction promotes threat extinction in high intolerance of uncertainty individuals. Behaviour Research and Therapy, 116, 111–118. https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.03.004

18 Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Editorial Paidós.

AUTORES/AUTHORS:

Maria Vitória Tuma de Oliveira - Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ - ORCID: 0000-0001-9319-1157

Antônio José Ledo Alves da Cunha - Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ ORCID: 0000-0003-3592-1849

Alicia Navarro de Souza - Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ ORCID: 0000-0002-7588-5152

TÍTULO/TITLE:

Experiência de pessoas com COVID-19 na unidade de terapia intensiva

Palavras-chave: NARRATIVAS DE ADOECIMENTO; COVID-19; UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA; SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO DE SAÚDE; PESQUISA QUALITATIVA

Objetivo: Descrever e compreender, através das narrativas, o que os pacientes sentiram e pensaram durante o período de internação por COVID-19 em UTIs dos sistemas de saúde brasileiros, privados e públicos, e contribuir para a prática clínica de profissionais da saúde que atuam junto aos pacientes em cuidado intensivo.

Método: A partir da abordagem qualitativa, visando investigar a experiência de pacientes gravemente doentes pela COVID-19, foram realizadas 42 entrevistas narrativas de forma remota ou presencial com pessoas que adoeceram e precisaram ser internadas em UTIs do sistema público ou privado de saúde. Entre julho de 2020 e maio de 2022 foram realizadas 21 entrevistas online com participantes internados no sistema privado, nas capitais Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília e Recife. De julho a novembro de 2022 foram realizadas 21 entrevistas presenciais no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), vinculado à UFRJ, com pacientes internados neste hospital entre março de 2020 e junho de 2021.

O recrutamento dos participantes do sistema privado foi realizado através das redes sociais por meio de uma mensagem padrão. O recrutamento dos entrevistados do sistema público aconteceu a partir do contato com o "Serviço de Epidemiologia e Avaliação" do HUCFF, que forneceu a listagem dos casos hospitalizados e confirmados para COVID-19 por critério laboratorial e clínico-epidemiológico, de março de 2020 a dezembro de 2021. A partir dessa listagem foram selecionados os pacientes que atendiam os critérios deste estudo, e o contato telefônico foi realizado através do número cadastrado no sistema de prontuário online. Os critérios para seleção de todos os entrevistados foram: (1) diagnóstico confirmado de COVID-19; (2) internação em UTI ou semi-intensiva; (3) período de adoecimento entre março de 2020 e junho de 2021, período de maior incidência de casos graves no contexto pandêmico. A amostra reuniu 19 mulheres e 23 homens entre 26 e 70 anos; 24 se autodeclararam brancos, 16 pardos e 2 pretos.

Todas as entrevistas foram iniciadas com uma pergunta aberta, convidando o participante a contar sua história sobre o adoecimento por COVID-19 espontaneamente. Foi usado um roteiro semiestruturado com perguntas direcionadas ao esclarecimento de alguns elementos da história. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e/ou vídeo, de acordo com a preferência dos participantes, os quais assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE), aprovado pelo CEP FM/HUCFF UFRJ em 29/06/2020, CAAE 31450720.9.0000.5257. Não há conflitos de interesse. Não se aplica uso de Inteligência Artificial.

As entrevistas foram objeto de análise temática. Os eixos temáticos foram organizados e reorganizados em vista dos achados, na tentativa de trazer à cena as semelhanças, surgindo, assim, as categorias de análise. Após a transcrição, as 42 entrevistas foram lidas e posteriormente os temas e subtemas foram organizados com o auxílio do software MAXQDA Plus 2022. Seguindo a codificação dos dados, procedeu-se à análise e à escrita dos sumários dos temas e subtemas apresentados, que descrevem os resultados, ilustrados com trechos relevantes das narrativas dos participantes. Para esse trabalho, analisamos o tema “A internação” com os subtemas “contratação de profissionais no sistema privado”, “negociando decisões no tratamento”, “medo de morrer”, “espiritualidade e/ou fé religiosa”, “vivências do período de ventilação assistida”, “isolamento”, “buscando recursos pessoais”, “buscando a família e amigos com o próprio celular” e “buscando a família através de meios da equipe”, “relacionamentos com os profissionais da saúde”, “dificuldades” e “reconhecimento e gratidão”.

Resultados: A vivência da COVID-19 grave na UTI traz particularidades que potencializam o sofrimento do paciente. Diante da incerteza quanto à evolução clínica e da rapidez na progressão dos sintomas respiratórios, alguns pacientes internados em UTIs permanecem acordados, sendo a intubação uma possibilidade. Quando não intubados, além da experiência de estarem entre os pacientes graves e do agravamento rápido da própria doença, lidaram com o sentimento de impotência e o medo de morrer também em função da disseminação no imaginário social de que, quando a intubação é necessária, muito provavelmente o paciente morrerá.

Em ambos os sistemas, nos momentos de aumento da incidência de casos, entre 2020 e 2021, os pacientes vivenciaram dificuldades similares, como superlotação e falta de recursos materiais e humanos. Enfrentar a doença longe dos entes queridos é uma característica marcante da COVID-19. Ao serem direcionados para instalações exclusivamente destinadas às pessoas com COVID-19, foram relatados medo, desamparo, tristeza e ansiedade pelo isolamento em relação à família.

Alguns entrevistados que permaneceram em UTIs presenciaram múltiplos óbitos ao longo do período de internação, sendo confrontados com a possibilidade da própria morte. Considerando as narrativas, os pacientes do sistema público parecem ter presenciado maior número de óbitos, comparados aos do sistema privado. Outro destaque na narrativa dos entrevistados foi a frequência com a qual a grande mídia informava o número expressivo de mortes por COVID-19.

Diante da imprevisibilidade da evolução individual da doença, a expectativa da intubação e do contato com a morte, os pacientes buscaram recursos internos para lidar com seu adoecimento na UTI, destacando-se a espiritualidade e/ou a fé religiosa, tanto no sistema público de saúde como no privado. A espiritualidade, com ou sem relação com a religiosidade, pode auxiliar o conforto do paciente internado em vista da sensação de desamparo causada pela incerteza e o isolamento social na COVID-19. Por conta dessa situação limitante e angustiante, segundo os entrevistados, práticas meditativas, oração e louvores ajudam no enfrentamento do adoecimento. A palavra “fé” foi usada diversas vezes na busca por um

sentido e significado para aquela experiência potencialmente fatal. Alguns entrevistados já faziam parte de comunidades religiosas, o que representou um suporte positivo durante a experiência de adoecimento, pois se sentiam pertencentes, apesar do distanciamento físico.

Em meio a um cenário de insegurança, alguns entrevistados assumiram um papel ativo nas condutas da equipe, buscando expressar o que desejavam ou não para seu próprio tratamento, negociando as decisões com os profissionais envolvidos no cuidado. Em algumas narrativas fica claro o desejo de participar das decisões terapêuticas, sendo a intubação um dos procedimentos negociados por muitos entrevistados, procurando ao menos adiá-la. Essa atitude proativa e de negociação nas decisões do tratamento foi vista com mais frequência no sistema privado de saúde, em comparação com o sistema público.

Considerando que os entrevistados do sistema público haviam sido internados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ), percebemos um vínculo de confiança construído previamente entre o paciente e o hospital, o que não foi detectado no sistema privado. Dos 21 entrevistados do sistema público, apenas 4 não tinham prontuário ou algum registro de tratamento previamente realizado no hospital universitário. Ao passo que 9 dos 21 entrevistados do sistema privado de saúde contrataram médicos particulares para complementar o cuidado na UTI, numa clara expressão de busca por uma relação de confiança em função de um conhecimento prévio do profissional – esta opção sequer chegou a ser referida pelos pacientes do sistema público.

Poucos pacientes tiveram acesso ao próprio celular no período em que permaneceram no ambiente de UTI, o que foi mais facilitado no sistema privado. Aqueles que conseguiram o referido acesso compartilharam que nem sempre a experiência foi positiva devido ao desconforto causado pelo comprometimento respiratório. Nos hospitais públicos, o contato com as famílias se dava por meio de recursos tecnológicos cujo acesso era facilitado pelos profissionais que manejavam o cuidado.

A relação entre os pacientes internados no sistema público e os profissionais de saúde era de confiança, e o sentimento de gratidão foi destacado pelos entrevistados. No sistema privado, todavia, foram relatadas queixas de dificuldade no relacionamento com a equipe de saúde, com destaque para reclamações de negligência e desassistência. Apesar das dificuldades, os pacientes internados em ambos os sistemas reconheceram os esforços das várias categorias profissionais no cuidado, chegando a colocar os profissionais na posição de heróis e a pandemia como um cenário de guerra. Alguns pacientes que foram intubados, ao acordarem na

UTI, tiveram que lidar com a memória de vivências inquietantes durante a ventilação assistida e o processo de recuperação árduo.

Discussão: O relativo desconhecimento científico da doença e a incerteza da evolução clínica individual potencializaram o medo da morte (Sahoo et al*.,* 2020; Kürtüncü et al., 2021) entre os pacientes graves. Chen et al*.* (2020) observaram que, em vista das particularidades da doença, os pacientes buscaram manter-se otimistas e ativos

em seu tratamento, visando à sobrevivência. Em nosso estudo, os entrevistados do sistema privado também apresentaram uma atitude proativa, como revela o depoimento a seguir:

"A médica entrou, olhou para mim e falou assim: 'vamos entubar essa menina. Vamos fazer os exames e entubar ela hoje, de hoje não passa,' A minha saturação estava muito baixa, eu não lembro direito, mas estava em menos de 80, eu acho. Eu [estava] desesperada: 'não me intuba, não me intuba, eu não quero ser intubada'" (23_COVID_B_AV; 40 anos; feminino; branca; internada em setembro de 2020).

Essa atitude proativa era encontrada no sistema público, mas com menos frequência:

"[...] *Eu pedia para a equipe esperar [a intubação], e dava um tempo, pedia: 'por favor, espera só mais um pouquinho.' Então eu sabia até que limite eu estava tendo, eu tentava suportar para não ser intubado"* (31_COVID_A_AV; 57 anos; masculino; pardo; internado em outubro de 2020).

A espiritualidade, vinculada ou não à religiosidade, estava relacionada com a capacidade de enfrentar o adoecimento na UTI. Outros estudos observaram a relevância da espiritualidade para o enfrentamento da hospitalização em UTIs pela COVID-19 (Nikbakht et al., 2021; Collins et al., 2023).

Segundo Epstein et al. (2020), sentimentos como desamparo, solidão, raiva e impotência eram observados, assim como no presente estudo. As limitações da doença impactaram as relações entre os que cuidam e os que recebem o cuidado, a maioria das críticas advindo do sistema privado. Em busca de segurança, alguns pacientes contrataram uma segunda opinião médica com profissionais com quem mantinham uma relação prévia de confiança para auxiliar o cuidado.

Outros autores compartilharam o sentimento de gratidão por parte dos pacientes internados em relação à equipe multidisciplinar, principalmente por terem suas necessidades fisiológicas e psicológicas atendidas (Sahoo et al., 2020; Sun et al., 2020; Kürtüncü et al., 2021; Piras et al., 2022). Nas narrativas por nós coletadas, vimos que a experiência de adoecimento no sistema público reforçou os vínculos já existentes entre os pacientes e a equipe de saúde, apesar das dificuldades enfrentadas.

Diante do cenário dramático, principalmente nos anos de 2020 e 2021, a atitude proativa do paciente internado na UTI por COVID-19 pode ser considerada uma afirmação de estar vivo em uma situação crítica, tornando-se necessária a compreensão. Buscamos contribuir na atenção aos pacientes lúcidos internados em UTIs, aproveitando a oportunidade para investigar mais de perto esse aspecto pouco habitual no ambiente intensivo. Entendemos que as ações de cuidado vão além do objetivo da cura, sendo necessária uma visão integral do indivíduo, considerando tanto as dimensões físicas como as psicológicas, sociais/familiares e espirituais.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Chen, D., Song, F., Tang, L., Zhang, H., Shao, J., Qiu, R., Wang, X., & Ye, Z. (2020). Quarantine experience of close contacts of COVID-19 patients in China: A qualitative descriptive study. *General Hospital Psychiatry*, 66, 81–88. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.07.006.

Collins R, Vallières F, McDermott G. (2023). The Experiences of Post-ICU COVID-19 Survivors: An Existential Perspective using Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Health Research*. 33(7):589-600. doi:10.1177/10497323231164556

Epstein D, Andrawis W, Lipsky AM, Ziad HA, Matan M. (2020). Anxiety and suicidality in hospitalized patient with COVID-19 infection. *EJCRIM*; https://doi:10.12890/2020_001651.

Kürtüncü, M., Kurt, A., & Arslan, N. (2021). The Experiences of COVID-19 Patients in Intensive Care Units: A Qualitative Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0). https://doi.org/10.1177/0030222821102412012. Nikbakht Nasrabadi, A. ., Karami, F., Varasteh, S. ., & Arman, A. . (2021). Lived Experiences of Critically Ill Patients with Covid-19 After Discharge from Intensive Care Unit: A Phenomenological Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 23(7). https://doi.org/10.32592/ircmj.2021.23.7.661

Piras, I.; Piazza, M.F.; Piccolo, C.; Azara, A.; Piana, A.; Finco, G.; Galletta, M. (2022). Experiences, Emotions, and Health Consequences among COVID-19 Survivors after Intensive Care Unit Hospitalization. Int. J. Environ. *Res. Public Health* 19, 6263. https://doi.org/10.3390/ijerph19106263.

Sahoo S, Mehra A, Suri V, Malhotra P, Yaddanapudi N, Puri GD, Grover S. (2020). Experiences of COVID-19 ICU survivors: Are these different from non-COVID ICU survivors? *Indian J Psychol Med*.42(4): 387–390.

Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., Wang, C., Wang, Z., You, Y., Liu, S., & Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infection Control*, 48(6), 592–598. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018.

Mesa 31: Promoción de la salud / Educación sanitaria
Session 31: Health promotion / Health education

AUTORES/AUTHORS:

Liliana Adela Zuliani Arango, Médica Neuropsicóloga Infantil, Magister en Salud Colectiva, Profesora e investigadora de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. ORCID: 0000-0001-7416-8525

Margarita María Gómez Gómez, Comunicadora, Magister en Salud Colectiva, Profesora e investigadora de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. ORCID: 0000-0002-4056-3284

Gustavo Alfredo Ariza Marriaga, Sociólogo, Magister en Educación, Investigador de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. ORCID: 0000-0001-9352-8127

TÍTULO/TITLE:

La crianza en familias monoparentales femeninas: Medellín – Colombia de 2020 a 2022

Resumen: Las familias monoparentales con jefatura femenina están en aumento y debido a sus características y vivencias específicas, están relacionadas con mayores dificultades sociales, económicas y emocionales lo que tiene implicaciones en la crianza. Este artículo producto de una investigación cualitativa, realizada entre 2020 y 2022 en la ciudad de Medellín con mujeres cabeza de familia, habitantes de la comuna 8 y cuyos hijos asisten al Programa de Buen Comienzo de la Secretaria de Educación. Se encuestaron 55 madres de familias monoparentales con jefatura femenina entre, de las cuales se entrevistaron a 18. Se concluyó que las dificultades económicas y el ambiente social influyen en la crianza. Las mujeres hacen renuncias y luchas para convertirse en proveedoras con múltiples tareas, haciendo que la crianza sea autoritaria y a veces negligente. Buscan en las redes de apoyo soporte para la crianza y en el rebusque el sustento familiar.

Palabras clave: relaciones familiares; familia de padres solteros; familia; crianza del niño; apoyo social.

Objetivo: comprender los significados de ser mujer cabeza de familia mediante los relatos de sus experiencias cotidianas.

Métodos: estudio cualitativo con enfoque fenomenológico; se aplicó entrevista semiestructurada y a profundidad a 18 madres cabeza de familia beneficiarias del programa Buen Comienzo de la Alcaldía de Medellín en la comuna 8 y cuyos hijos asisten al jardín infantil operado por la Fundación Las Golondrinas. Las participantes firmaron el consentimiento informado aprobado por el Comité de Bioética del Instituto de Investigaciones Médicas de la Universidad de Antioquia (Acta N. º 017) de 2020.

Resultados: emergieron tres categorías: 1) condiciones sociodemográficas, sobrevivencia y redes de apoyo, categoría que da cuenta de los contextos de las familias monoparentales. Según una participante:

...todo el tiempo tengo muchas actividades en la cabeza, y esto se convierte

en preocupación por no poder darle al niño la atención que se merece; por eso siento que, si no lo escucho, no soy buena mamá, porque ser buena mamá es saber hacer de todo y ponerles atención a los hijos... (MSAT, p9).

Se dan cuenta que si se convierten en proveedoras no será fácil la crianza, por lo que toca ceder en una de las funciones, y es así como deben buscar redes sociales de apoyo entre ellas la familia, amigas o vecinas, grupos étnicos y las instituciones sociales. 2) significados de ser mujer cabeza de familia monoparental, se evidencia soledad, frustración, dificultades, pérdida del control, rebusque y motivación de ser madre, o sea son desde dos puntos el que demuestra una dificultad por quedar sola con la responsabilidad, temor y multitareas que tal vez no sea capaz, pero otra de ser feliz por ser madre y reconocen que el amor a sus hijos es lo que les permitió tener resiliencia, asociándola con felicidad y motivación, siendo los hijos la razón para afrontar las dificultades y buscar oportunidades que les permitan mejores condiciones de vida, y 3) tipos de crianza en la monoparentalidad, que describe la influencia de la cultura, enseñanzas que dan a sus hijos, aprendizajes de la cotidianidad, sobreprotección y obediencia a que exponen a sus hijos por los contextos violentos, pero a veces negligencia porque deben salir a trabajar y dejar a sus hijos con personas no competentes para su cuidado.

Discusión: las dificultades, tanto económicas como en la crianza de los hijos, conllevan para estas madres de familia sentimientos de frustración al reconocer que no cumplen de forma adecuada con la función de ser, al mismo tiempo, proveedoras y cuidadoras. Mercado (2019) señala que las madres solteras tienen la creencia de que no serán muy capaces de responder al reto de una buena crianza, reportando niveles bajos de confianza con respecto a sus capacidades, creencias y habilidades. Las afugias económicas obligan a las madres cabeza de familia a buscar estrategias como el “rebusque”, que reporta recursos limitados para solventar con precariedad el día a día. Por su parte, Hernández y otros (2020) señalan que ser joven, padre y estudiante implica asumir múltiples actividades que llevan a reducir la paternidad a una responsabilidad predominantemente económica. Las madres entrevistadas manifestaron luchar por desarrollar una crianza democrática para evitar repetir lo vivido por ellas, pero le atribuyen al peso de las condiciones socioeconómicas las conductas autoritarias o, incluso, negligentes, al ceder su autoridad a otros cuidadores o a otros hijos. González (2020) considera la complejidad del ejercicio educativo en el hogar de familias monoparentales y las dificultades de compartir con los hijos por los trabajos que tienen, lo que las lleva a buscar estrategias de crianza.
Conclusiones: las familias monoparentales están en aumento; las mujeres cabeza de familia son multitareas y se exigen demasiado a sí mismas; el rebusque se vuelve la estrategia para ser proveedoras, aunque insuficiente para solventar las necesidades de la familia y en cambio tienen que sacrificar la crianza para hacerla compartida con redes de apoyo familiar e institucional. La crianza en estas familias puede ser: autoritaria, pues requieren obediencia completa por no tener el tiempo para dedicarse a ella; negligente, ya que deben dejar solos a sus hijos o con cuidadores no aptos, o incluso renunciar para que familiares los críen; la crianza democrática les sirve para intentar no repetir su historia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alcaldía de Medellín. (2022). Plan de Desarrollo por Comunas. Comuna 8 Villa Hermosa. https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/documents/ServiciosLinea/PlaneacionMunicipal/ObservatorioPoliticasPublicas/resultadosSeguimiento/docs/plan Desarrollo/Documentos/2004-2007/InformeGestion_2004-2007Comuna08.pdf

Betancurth Loaiza, D. y Peñaranda Correa, F. (2018). La crianza en situación de injusticia extrema, una comprensión desde un grupo de cuidadoras significativas. 44(2):259 – 277

Fernández Martínez, C. y Avilés Hernández, M. (2020). Análisis de necesidades en familias monoparentales con jefatura femenina usuarias de servicios sociales de atención primaria en España. Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social, (30), 145-173. DOI: 10.25100/prts.v0i30.8855.

Fuster Guillén, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones, 7(1), 201-229. DOI: http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267.

González Cubides, M. (2020) Estilos de crianza en familias monoparentales en el municipio de Copacabana (Antioquia): un estudio de caso. Institución Universitaria Tecnológico de Antioquia Facultad de Educación y Ciencias Sociales. Profesional en psicología -Copacabana. https://dspace.tdea.edu.co/bitstream/handle/tdea/1275/estilos%20parentales%20crianza%20familias.pdf?sequence=1&isallowed=y.URI:https://dspace.tdea.edu.co/handle/tdea/1275.

Hernández-Quirama, A., Rivero-Rubio, C., & Linares-García, J. (2020). Significados de paternidad para jóvenes universitarios: cotidianidad, relaciones y cambios en proyecto de vida. Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud, 19(1), 1–21. https://doi.org/10.11600/rlcsnj.19.1.3924

Mercado Ibarra, SM. (2019) Desafíos de las mujeres jefas de familia monoparental: ¿convicción o duda de sus propias capacidades? TraHs N°6: Sexe majeur, sexe mineur? «Les femmes' qui pensent ne sont pas (toutes) dangereuses» https://www.unilim.fr/trahs - ISSN: 2557-0633 URL: https://www.unilim.fr/trahs/1950 DOI: 10.25965/trahs.1950 Licence: CC BY-NC-ND 4.0 International

Vallejo-Cárdenas, F. (2021) (Des) protección frente a la crisis de los cuidados: el caso de las familias monomarentales en chile. BOLETÍN IBEROAMERICANO SOBRE EQUIDAD DE GÉNERO EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL. Editorial Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) www.oiss.org. Nº 6 - Mayo 2021. https://oiss.org/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-de-genero-N.o-6.pdf

Veloza-Morales, M. C., Forero Beltrán, E., & Rodríguez-González, J. C. (2022). Significados de familia para familias contemporáneas. Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud, 21(1), 1–19. https://doi.org/10.11600/rlcsnj.21.1.5600

Otros aspectos del trabajo

- El trabajo contó con la Aprobación del Comité de Bioética: Acta No. 17 de 2020 de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y todos los participantes dieron el consentimiento informado
- Los autores NO tienen conflicto de intereses
- No se utilizó inteligencia artificial (IA) ni tecnológicas para la redacción del documento.

AUTORES/AUTHORS:

Yolanda Raquel Lapeña Moñux. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria. ORCID iD: 0000-0002-1439-7665

Carmen Ferrer Arnedo. Hospital Central Cruz Roja. ORCID iD:0000-0001-8395-8473

TÍTULO/TITLE:

Red de autocuidados vecinales “MARCA DEZA”

Palabras clave: Autocuidado, IAP, red comunitaria, mundo rural, enfermera familiar y comunitaria.

Introducción: Las necesidades de cuidado cotidiano de las personas en el mundo rural cada día son mayores debido al envejecimiento de la población y a la cronicidad.

Objetivo: crear una Red de Apoyo comunitario, bien entrenada en la provisión de unos cuidados seguros ofertados para las personas en un momento de vulnerabilidad o de mayor fragilidad donde la Red pueda sustituir, en apoyo que un cuidador informal, que una familia, les daría si estuviese cerca. Bajo la formación, la gestión y liderazgo de la enfermera familiar y comunitaria (EFyC) del Centro de salud desde su consultorio rural. Tendrá un perfil de “voluntario” y nunca sustituirá al cuidado formal.

Método: Investigación-acción-participativa basada en datos principalmente cualitativos, coordinada y ejecutada por la alianza creada entre la EFyC (IP) y una enfermera-investigadora experta en autocuidados, quienes participaron activamente en la recolección de la información mediante 10 entrevistas abiertas, 4 grupos de discusión (37 personas), notas de campo del IP, fotografías y vídeos, en el análisis de los datos y desarrollo del plan de acción. Los miembros de la RED (8-19 personas) asistieron a las sesiones teórico prácticas de abril de 2021 a enero de 2023. Planificamos los talleres formativos, basados en dar respuesta a las necesidades de autocuidados manifestadas por los participantes y contrastadas por las investigadoras. También se planteaban otros temas a tratar en función de los debates regenerados en las mismas o las necesidades detectadas en los vecinos.

Resultados: Surgieron 4 temas principales: 1) Buena voluntad inicial: 2) Entusiasmo por la novedad y ruptura con las rutinas, 3) Relación de ayuda vecinal y 4) “Ser alguien importante en el pueblo”. Los participantes manifestaron el deseo de participar en la red siendo especialmente las mujeres comprometidas con su pueblo y sus ciudadanos las que finalmente formaron parte de la misma. Todas ellas manifestaron sentirse muy contentas de formar parte de la red, de todo lo que estaban aprendiendo en los talleres o con el cambio positivo en la socialización con los vecinos. Así, como que se sentían mucho mejor ayudando que siendo ayudadas. Afloró en ellas un sentimiento de empatía y generosidad hacia los demás. Se convirtieron en agentes de salud dentro del pueblo y les hacía sentirse orgullosas de mejorar la salud de sus vecinos.

Discusión: Los miembros de la red prestaban apoyo en los autocuidados a los vecinos que lo necesitaban, siempre con el consentimiento de éste. La Red de autocuidados ha demostrado ser útil para ayudar a los vecinos vulnerables en aquellas necesidades básicas no suplidas por él y su familia. Existe un beneficio mutuo para todos los actores sociales que intervienen

en la RED, el que da y el que recibe. Se trata de un nuevo concepto de asistencia familiar y comunitaria, especialmente diseñado por su valor y resultados, para zonas despobladas donde los recursos de la Administraciones llegan muy de soslayo. Y se pone en escena la capacidad proactiva de los profesionales y pacientes para conseguir el objetivo común de mantenerlos con las mejores condiciones de salud y el mayor tiempo posible en sus casas, sus pueblos y con sus vecinos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

a) Pinilla V, Saéz LA. La despoblación rural en España: génesis de un problema y políticas innovadoras. Informes CEDDAR. 2017;2.

b) Junta de Castilla y León. Valladolid. Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo en Castilla y León 2017-2021. Gerencia de Servicios sociales de castilla y León. Disponible en: http://www.jcyl.es/junta/cp/Estrategia_prevencion.pdf

c) Lapeña YR, Cibanal L, Orts MI, Maciá ML, Palacios D. (2016). Nurses' experiences working with nursing students in a hospital: a phenomenological enquiry. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2788.

d) O´Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standars for Reporting Qualitative Research. Academic Medicine. 2014;89(9):1245-51.

Otros aspectos:

+La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario de Burgos de quien depende la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.

+Todos los participantes recibieron y firmaron un consentimiento informado conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación ética

+Los autores declaran no tener conflicto de intereses en este estudio.

+Los autores declaran no haber utilizado la inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por la IA en el proceso de redacción.

2ª Sesión V jornada de doctorandos
V International Doctoral Student' Workshop

AUTORES/AUTHORS:

Joana Alves - ICBAS-•Instituto•de-Ciências•Biomédicas-Abel-Salazar,'Portugal

ORCID-ID•-https://orcid.org/0000-0002-8188-9838

TÍTULO/TITLE:

Compassion fatigue and patient safety culture in palliative care teams in Portugal – PhD Research Project

Key-words: Palliative Care; Compassion Fatigue; Safety Culture; Healthcare Professionals.

Objectives

1: To identify the levels of compassion fatigue and evaluate patient safety culture in Portuguese palliative care teams;

2: To analyze the relationship between compassion fatigue/ patient safety culture and socio-demographic and professional characteristics in Portuguese palliative care teams;

3: To analyze the relationship between compassion fatigue and patient safety culture among Portuguese palliative care teams;

4: To present an intervention proposal as a strategy to prevent compassion fatigue and to strengthen patient safety culture for Portuguese palliative care teams.

Methods: The study will be quantitative, exploratory, descriptive, cross-sectional, and correlational.

It is part of the Health Work International Project - HWOPI (ESEP/CINTESIS@RISE), in collaboration with Spain and Brazil. The target population includes healthcare professionals in Portuguese palliative care teams. Non-probabilistic sampling will be used, with a convenience sample selected. The research project will consist of three phases. In Phase I, a scoping review will be conducted to understand the impact of compassion fatigue on healthcare service's safety culture and to identify strategies to promote health and create a safe professional environment. The protocol for this scoping review is registered in OSF with DOI 10.17605/OSFI0/4QRD3. Prior to phase II, necessary authorizations will be obtained, including approvals from Ethics Committees. Phase I involves administering measurement instruments to assess compassion fatigue (Professional Quality Scale 5 by Stamm, 2010 and Carvalho & Sá, 2011), patient safety culture (Hospital Survey on patient safety culture by Eiras, 2011), and gather sociodemographic and professional data. Participation will be voluntary, and informed consent will be obtained before data collection. Confidentiality will be ensured through anonymization and secure storage of the data to prevent unauthorized access. In Phase III, an intervention proposal will be developed based on the findings to prevent compassion fatigue among professionals and strengthen the patient safety culture in Portuguese palliative care teams. Data collection and ethical

reviews will begin in early 2024. Data collection instruments will be used from mid-2024 to mid-2025. Data analysis and processing will occur from late 2024 to late 2025. Results discussion will take place from late 2025 to mid-2026. The final report is expected to be delivered in June 2026. The authors have no conflict of interest. The authors have not used generative artificial intelligence (AI) and AI-assisted technologies in the writing process. It should be noted that this methodology may have to be changed after the completion of the probationary year test.

Expected results: The study aims to assess compassion fatigue prevalence and patient safety culture in Portuguese Palliative care teams. It will also investigate the relationship between these variables, their association with demographics/professional characteristics, and it aims to develop an intervention program to manage the impact of compassion fatigue on patient safety culture in palliative care units.

Discussion: Healthcare professionals who provide direct care to sick individuals and their families have a high potential for developing compassion fatigue due to frequent and prolonged exposure to suffering, particularly when associated with ineffective coping strategies. Worldwide, high levels of compassion fatigue in healthcare professionals and its impact on patient safety culture have been identified (Batalha et al., 2020; Seoul Ryu & Lan Shim, 2021; Xie et al., 2021). In Portugal, the number of specialized palliative care units has been growing exponentially, making it relevant to monitor the interventions of these professionals, who daily deal with feelings of loss and patient and family suffering (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021). It is essential to understand the prevalence of compassion fatigue that palliative care professionals may experience as a result of their work and to develop intervention programs to manage the impact fatigue due to compassion (Bageas et al., 2021; Stamm, 2010). It is also valuable to comprehend the impact of compassion fatigue on patient safety culture in palliative care Units in Portugal, emphasizing the urgency to create favorable environments for communication and error reporting among team members to improve patient safety and, consequently, the quality of healthcare (World Health Organization, 2021).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bageas, M., Davis, J., & Copnell, B. (2021). Compassion fatigue and compassion satisfaction among palliative care health providers: a scoping review. BMC Palliative Care, 20(1). https://doi.org/10.1186/12904-021-00784-5

Batalha, E., Melleiro, M., Queirós, C., & Borges, E. (2020). Satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário em enfermeiros da área hospitalar. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 24, 25-33. https://doi org/10.19131/rpesm.0278-4

Carvalho, P., & Sá, L. (2011). Estudo da Fadiga-por Compaixão nos cuidados paliativos: Tradução e Adaptação

Cultural da Escala "Professional Quality of Live 5" [Master's thesis, Escola Superior de Biotecnologia Centro de Biotecnologia e Química-Fina (CBQF)- Instituto de Ciências da Saúde]. Repositório Institucional-da Universidade Católica Portuguesa http://hdl.handle.net/10400.14/8918-5

Comissão Nacional de Cuidados: Paliativos. • (2021) • Plano Estratégico de Desenvolvimento Cuidados Paliativos. Biénio 2020-2021.

http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021-2022 pdf9

Eiras, M. (2011): Avaliação da Cultura de Segurança do doente em meio hospitalar: Investigação ação numa Unidade de Radioterapia (Doctoral dissertation, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade-Nova de Lisboa). Repositório-Universidade Nova http://hdi. handle.net/10362/13667-1

Ryu, I. S., & Shim, J. L. (2021). The influence of burnout on patient safety nicinagement activities of shift nurses: The mediating effect of compassion satisfaction. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(22), 122.10. https://doi.org/10.3390/ijerph182212210

Stamm, B. H. (2010). The concise manual-for-the-Professional Quality of Life Scale. https://www researchgate.net/publication/340033923-1

World-Health Organization. (2021) Global-patient-safety-action-plan-2021 2030: towards eliminating avoidable harm in health care. World-Health Organization. https: //apps who.int/iris/handle/10665/343477.11

Xie, W., Chen, L., Feng, F., Okoli, C. T. C., Tang, P., Zeng, L.., Jin, M., Zhang, Y., & Wang, J. (2021). The prevalence of-compassion-satisfaction and-compassion fatigue among nurses:: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies, 120, 103973. https://doi.org/10.1016/inurstu 2021.103973-4

Mesa 32: Proceso crónicos
Session 32: Cronic processes

AUTORES/AUTHORS:

Santana Berlanga, Nicia del Rocío*; Prada Rizoto, Marina**; Mateos García, María Dolores***; Bueno Ferrán, Mercedes****

*Doctora en Ciencias de la Salud. Enfermera de SCCU Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla. 0000-0002-7650-3101 ** Enfermera Hospital Fremap Sevilla

*** Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular de Universidad Vinculada H. de Valme.

000-0001-7646-9532

****Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Asociada CIS del Departamento del Enfermería de la Universidad de Sevilla 0000-0002-0119-165X

TÍTULO/TITLE:

Adherencia al tratamiento en pacientes pluritatológicos según nivel de dependencia en unidad de observación de urgencias

Palabras clave: Adherencia tratamiento, Paciente pluripatológico, Cronicidad, Dependencia

Introducción: La falta de adherencia al tratamiento constituye un problema de primera línea para la Organización Mundial de la Salud, debido a su elevada prevalencia, su relación con un empeoramiento del control de la enfermedad y un aumento del riesgo de morbimortalidad. El nivel en que el paciente es capaz de seguir las recomendaciones acordadas para seguir el tratamiento prescrito dependerá de cinco dimensiones, estas interactúan y potencian su influencia mutua dentro de un marco. Estas dimensiones son: Socioeconómica, relacionada con el equipo sanitario y sistema, enfermedad asociada, tratamiento, paciente.

Además, hay que apuntar que, el aumento de la esperanza de vida junto con el incremento de pacientes pluripatológicos y dependencia de estos en las actividades básicas de la vida diaria se asocia con un detrimento de la calidad de vida del paciente y una hiperfrecuentación a los servicios sanitarios.

Objetivo(s):

Analizar la adherencia al tratamiento de los pacientes pluripatológicos en función de la dependencia en la unidad de observación del servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

Método: Esta investigación se basa en un estudio metodológico de diseño transversal, llevado a cabo entre Enero de 2022 hasta Abril de 2023 sobre la muestra natural de los pacientes ingresados en la unidad de Observación de urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla) que cumplen los criterios de inclusión al estudio. Para ello, se utilizaron como instrumentos de medida, la Escala Morisky-Green, para evaluar la adherencia al tratamiento y el Índice de Barthel, para conocer la dependencia del paciente en las actividades de la vida diaria, así como variables sociodemográficas.

Resultados: De la población inicial constituida por 12.976, la muestra final estuvo conformada por 297 pacientes con media de edad de 80,21 años (DE= 9,11) y un porcentaje superior masculino (53%). Respecto a la muestra masculina, esta se distribuyó mayoritariamente entre 70-80 años concentrándose en los tramos de dependencia moderada y grave según Barthel. En el caso femenino, la muestra se concentra entre 80-90 años, presentando la mayoría una dependencia grave en las actividades básicas de la vida diaria. Se obtuvo que, de la muestra estudiada, el 96,7% de los pacientes cumplen el régimen terapéutico. Relacionando la adherencia al tratamiento con el nivel de dependencia del paciente, se obtuvo que el 30,2% de los cumplidores presentan una dependencia moderada, el 42,7% dependencia grave y el 27,1 % dependencia total.

Discusión: Las tasas de adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos constituyen una prioridad para los servicios sanitarios dado su reflejo en el control de la enfermedad, aumento de la morbimortalidad y disminución de la calidad de vida del paciente. Todo ello, asociado al incremento del nivel de dependencia en los pacientes crónicos complejos, así como el aumento de la esperanza de vida lleva a la necesidad de aplicar estrategias que permitan una mejora de la adherencia al tratamiento en esta tipología de paciente hiperfrecuentador de servicios sanitarios, de cara a la disminución de los reingresos y mejoría de la calidad de vida del paciente. Hasta el momento, los estudios se han centrado en una de las dimensiones que componen el marco constituido por la Organización Mundial de la Salud para la valoración de la adherencia al tratamiento, siendo importante el avance en este sentido pudiendo formular estrategias especificas encaminadas a cada una de las dimensiones alteradas de manera individualizada.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Fernandez-Lazaro, C. I., García-González, J. M., Adams, D. P., Fernandez-Lazaro, D., Mielgo-Ayuso, J., Caballero-Garcia, A., Moreno Racionero, F., Córdova, A., & Miron-Canelo, J. A. (2019). Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. BMC Family Practice, 20(1), 132. https://doi.org/10.1186/s12875-019-1019-3
- González-Bueno, J., Vega-Coca, M. D., Rodríguez-Pérez, A., Toscano-Guzmán, M. D., Pérez-Guerrero, C., & Santos-Ramos, B. (2016). Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistemáticas. Atencion primaria, 48(2), 121–130. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.02.012

- Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars pharmaceutica (Internet), 59(4). https://doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357
- Vallis M, Boyland E, Caroli M, Erhardt E, Frelut ML, Mazur A, Molnar D, Torbahn G, Ring-Dimitriou S, Stenlid R, Thivel D, Vlachopapadopoulou E, Weghuber D; European Childhood Obesity Group. Adherence to Treatment Recommendations in Chronic Disease: What Is (Im)Possible? Expert Conclusions from the 30th ECOG Workshop 2021. Ann Nutr Metab. 2022;78(6):352-358. doi: 10.1159/000526406. Epub 2022 Aug 29. PMID: 36037804.
- Drummond ED, Simões TC, Andrade FB. An evaluation of non-adherence to pharmacotherapy for chronic diseases and socioeconomic inequalities in Brazil. Rev Bras Epidemiol. 2020;23:e200080. English, Portuguese. doi: 10.1590/1980549720200080. Epub 2020 Jul 17. PMID: 32696928.

AUTORES/AUTHORS:

María José de Dios Duarte, Ana Barrón López de Roda, Andrés Arias Astray.

TÍTULO/TITLE:

Influencia del estrés en la enfermedad de Crohn: un estudio de doble caso control

PALABRAS CLAVE

Enfermedad de Crohn, Estrés.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica de origen desconocido que cursa con inflamación del tubo digestivo y afecta, o al menos puede afectar, desde la boca hasta el ano. El estrés psicológico es el resultado de la relación entre el sujeto y el entorno, evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Según los profesionales el estrés es una variable a tener en cuenta dentro del cuidado del paciente con EC. Tanto por su efecto directo sobre los pacientes como por su influencia en la exacerbación de la enfermedad.

OBJETIVO

Analizar y estudiar el nivel de estrés en dos grupos caso y un grupo control.

METODOLOGÍA

Este estudio se realizó en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. La muestra estuvo compuesta por tres grupos, dos grupos caso (personas con EC en fase de brote y personas con EC en fase de no brote) y un grupo control (personas sanas). Se utilizó un cuestionario sociodemográfico que incluye las variables de edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral y la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) para medir la variable estrés.

El análisis estadístico se realizó a través de medidas de tendencia central, media y desviación estándar. Prueba de Levene que permitió conocer mediante la F de Snedecor la homocedasticidad de los grupos. El estadístico Bonferroni para observar las diferencias entre los grupos en el caso de que las varianzas fuesen iguales y el estadístico Test de Tamhane en el caso de que las varianzas fuesen diferentes entre los grupos.

RESULTADOS

Nuestros resultados indican que las personas con EC que se encuentran en fase de brote padecen mayor nivel de estrés que aquellas que no están en esta fase (M=28.14; M=21.89). Y también que estos pacientes presentan mayor nivel de estrés que los sujetos sanos (M=28.14; M=24.50). Por otro lado, se constata que las personas con EC en fase de no brote presentan menores niveles de

estrés percibido que las personas sanas (M=21.89; M=24.50). En todos los casos existieron diferencias estadísticamente significativas (p<0.05).

DISCUSIÓN

En este trabajo se confirman dos de las hipótesis establecidas inicialmente. Así como se rechaza una de ellas. Se muestra que los pacientes en la fase de brote están altamente estresados y que los pacientes que no se encuentran en fase de brote han experimentado un crecimiento personal importante a la hora de afrontar su enfermedad, a través de la resiliencia, poniéndose de manifiesto que las intervenciones directas sobre el nivel de estrés y las dirigidas hacia la prevención de esta variable influirían en el mejor cuidado y tratamiento de estos pacientes. Se proponen intervenciones que deberían llevarse a cabo desde las consultas de Enfermería para garantizar un mejor ajuste a la enfermedad por parte de estos pacientes. Estas intervenciones influirían en el número de ingresos hospitalarios disminuyéndolos y también acortarían el tiempo de ingreso de estos pacientes en los Centros de Atención Especializada. Consiguiendo así un mayor éxito en los cuidados y tratamiento de las personas con EC.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

González Lara, V. (2001). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. Madrid: Ergon.

Lazarus, RS, Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca.

Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Spanish Journal of Psychology*, 9(1): 8693.

Mesa 34: Cuidados a pacientes críticos/agudos
Mesa 34: Acute/critical patient care

AUTORES/AUTHORS:

Bernedo García, Mª Cristina[1]; Remior Rodríguez, Jessica[1]; Álvarez Tascon, Sandra[1]; Canedo Balbona, Magali[1]; Pérez Fernández, Marta[1]; Alfonso Oya, Verónica[1]; Juárez Arias, José Javier[2]; Fernández Sampron, Mª Carmen[1]; López Rellan, Mª Eva[1].

[1]Enfermeras del Hospital Universitario El Bierzo (GASBI)

[2]Enfermero de Atención Primaria del Bierzo (GASBI)

https://orcid.org/0000-0002-8410-9227

TÍTULO/TITLE:

TRASCENDENCIA DE LAS SESIONES CLÍNICAS EN LA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Palabras clave: sesión clínica, enfermería de quirófano, educación continua, personal de enfermería, capacitación profesional

INTRODUCCIÓN

La realización de sesiones clínicas es fundamental para afianzar, aplicar, desarrollar e intercambiar conocimientos empíricos en los cuidados de enfermería. Por tanto, las sesiones clínicas podemos definirlas como: “una conferencia conjunta entre miembros de un equipo de enfermería, destinada a analizar un episodio de cuidados, en contexto clínico determinado y con finalidad analítica, evaluativa y reflexiva”.

Objetivo: Describir el programa de sesiones clínicas de enfermería realizadas en el bloque quirúrgico durante el periodo 2015-2022; y comparar el programa sesiones mediante una encuesta valoración interna realizada los años 2016, 2018 y 2022.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, cuantitativo y transversal sobre el programa de sesiones clínicas.

Se elaboró un cuestionario “ad hoc” compuesto por 12 ítems que evalúan la valoración interna de los profesionales respecto al programa de sesiones; mediante una escala tipo Likert 1-10 .Las variables fueron la edad y años de experiencia en quirófano. Por otro lado, se les facilito el cuestionario de formación continuada de nuestro hospital, el cual refleja aspectos organizativos, valoración del programa y grado de satisfacción. Participación anónima y voluntaria.

Los datos recogidos fueron codificados en una base de datos, empleando estadísticos descriptivos: media aritmética, desviación estándar y porcentajes.

RESULTADOS

Durante el periodo (2015-2022) se han realizado un total de 80 sesiones, de las cuales el 50% trataron sobre equipos y montaje, el resto sobre descripción de procedimientos quirúrgicos.

Participaron como docentes 39 profesionales. La media de asistencia a las sesiones ha sido de 20 profesionales en el año 2016, 14 en 2017, 23 en 2018, 21 en 2019, 20 en 2020 y 17 en 2022.

Un total de 72 enfermeros respondieron a la encuesta de valoración interna sobre las sesiones realizadas en los años 2016, 2018 y 2022; siendo la tasa de respuesta de un 33,33%, un 29,17% y 37,5 % respectivamente.

La media de edad ha disminuido en el año 2022 respecto al 2016 (38,53 ± 7,89 vs 42,16 ± 9,20 años), al igual que la experiencia laboral en quirófano (4,95 vs 6,95 años).

El ítem más valorado ha sido “las sesiones me han permitido mejorar mis conocimientos clínicos” con una puntación de 9,67 en el 2022. El ítem peor valorado ha sido “creo que puedo dar una sesión” en el año 2016 respecto al 2022 (7,33 vs 8,30).

Respecto a los aspectos organizativos, el ítem mejor valorado es el horario y la duración de las sesiones; el peor valorado es el lugar donde se realizan. El grado de satisfacción ha aumentado respecto a años anteriores.

DISCUSIONES /CONCLUSIONES

El incremento en los 12 ítems valorados “ad hoc” durante el año 2022 respecto a los años anteriores; esto es debido a la incorporación de nuevos profesionales así como a la necesidad de formación a la hora de realizar nuevas técnicas quirúrgicas.

El descenso de la media de edad de los participantes se debe a un relevo generacional en la plantilla por jubilación o movilidad voluntaria.

Cabe destacar que solo se llevaron a cabo 5 sesiones en el año 2020 y ninguna en 2021, ya que se paralizo la actividad quirúrgica programada debido a la pandemia de la Covid-19.

Las sesiones clínicas son una herramienta esencial en la formación continuada, favoreciendo nuestra competencia profesional en el desempeño del rol enfermero, profundizando en conocimientos, minimizando el riesgo de complicaciones, mejorando la seguridad del paciente y aumentando el grado de satisfacción de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bernedo, MC., Canedo, M., Júarez, JJ. (2019). Sesiones clínicas: una herramienta con futuro. *Nuberos científica,* 3(27), 6-10. http://ciberindex.com/index.php/nc/issue/view/119

Lorente, P., y Acebedo, M. S. (2021). Adquisición del conocimiento práctico de las enfermeras de un área quirúrgica. *Index de Enfermería*, 30(3), 198-203. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200010

Meijome Sánchez XM. La seguridad del paciente quirúrgico en España, los grandes proyectos vistos por la enfermería. [Internet]. [Citado 31 de mayo de 2023]. Disponible en: http://cuadernillosanitario.blogspot.com/2018/04/segunda-oleda-de-la-segpac-del-paciente.html

Merino, R., García AM. (2015). Sesiones Clínicas de Cuidados en Quirófano: Elemento de transferencia del conocimiento. *Paraninfo Digital.* http://www.index-f.com/para/n22/152.php

Puntunet, M., Domínguez, A. (2008). La educación continua y la capacitación del profesional de enfermería. *Enfermería Cardilogica,* 16(3), 115-117. http://www.index- f.com/rmec/16pdf/16115117.pdf

Rozada, A. M., Fernández, M. Á., Diaz, P. G., & Villa, L. F. (2017). Sesiones clínicas de enfermería en Centros de Salud docentes acreditados para la formación de EIR: Análisis y reflexiones. *RqR Enfermería Comunitaria*, 5(3), 45-59. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6079380

AUTORES/AUTHORS:

Celia López-Gonzalo, Enfermera en Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León, (https://orcid.org/0009-0004-9442-795X).

Raquel Iglesia-Aparicio, Enfermera en Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León, (https://orcid.org/0009-0006-2244-494X).

Marina Toquero-Asensio, Data Manager en Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León, (https://orcid.org/0009-0005-4569-6755).

Alejandro Martín-Toribio, Data Manager en Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León, (https://orcid.org/0000-0001-7664-4433).

Javier Sánchez-Martínez, Técnico de Laboratorio en Instituto de Estudios de Ciencias de la

Salud de Castilla y León, Centro Nacional de la Gripe: Valladolid, Castilla y León, ES (https://orcid.org/0000-0002-9933-9332).

Javier Castrodeza-Sanz, Jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Clínico Universitario de Valladolid: Valladolid, ES (https://orcid.org/0009-0009-9529-7647).

José María Eiros, Jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Río Hortega: Valladolid, Castilla y León, ES (https://orcid.org/0000-0002-5357-6340).

Iván Sanz-Muñoz,, Responsable en Centro Nacional de la Gripe de Valladolid, Castilla y León, ES (https://orcid.org/0000-0003-4725-6663).

TÍTULO/TITLE:

Experiencia de enfermedad en pacientes ≥60 años hospitalizados con infección por el virus respiratorio sincitial (vrs).

Palabras clave

Investigación cualitativa, Enfermería, Fenomenología, Virus Sincitial Respiratorio Humano

Objetivo

El objetivo del estudio fue indagar en la percepción de enfermedad experimentada por los pacientes ≥60 años hospitalizados por infección por Virus Respiratorio Sincitial (VRS).

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo con un enfoque cualitativo-fenomenológico. Se reclutaron 52 pacientes ≥60 años hospitalizados por infección por VRS en el Hospital Río Hortega y en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (España) durante la epidemia de VRS 2022-2023. Se llevó a cabo una serie de entrevistas telefónicas de seguimiento durante 1 mes (al momento del diagnóstico, tras 15 días y tras 30 días), en las que se exploró la experiencia subjetiva de su enfermedad a través de preguntas abiertas que les permitieron describir su vivencia con sus propias palabras. Se identificó saturación de la información después de 30ª participante. Para el análisis de los datos, se identificaron temáticas recurrentes y patrones comunes

en las respuestas de los participantes, utilizando el software especializado para el análisis de datos cualitativos Atlas.ti. como complemento al análisis manual. Para garantizar la validez de los resultados, se utilizaron distintas técnicas de triangulación y verificación externa.

Resultados

Se determinaron 120 códigos descriptores que se organizaron en 16 códigos nominales y se consolidaron en 4 categorías temáticas que reflejan de forma exhaustiva el fenómeno de la vivencia de la enfermedad: vivir con la enfermedad, modificación de la dinámica familiar, afrontar la enfermedad y necesidades sanitarias percibidas. Más allá del enfoque terapéutico, los pacientes expresaron la necesidad de abordar sus necesidades en cuidados psicológicos y emocionales relacionados con el proceso de su enfermedad, no sólo durante su estancia hospitalaria, sino también durante la fase de recuperación. Sus principales preocupaciones giraban en torno al manejo del dolor tanto físico como emocional, así como de la ansiedad generada tanto por la enfermedad como por la hospitalización. Además, a la mayoría les sorprendió la gravedad de los síntomas causados por un virus que creían "inofensivo", así como las secuelas que seguían presentes incluso un mes después del ingreso.

Discusión

Las experiencias relatadas por los pacientes hospitalizados por VRS muestran la necesidad de replantear y reorientar la atención sanitaria ofrecida a las personas ingresadas por infecciones respiratorias agudas. Los datos demuestran el desconocimiento general de la población sobre el impacto del VRS, poniendo de manifiesto las lagunas informativas que es necesario cubrir en este tipo de personas y que podrían repercutir en la prevención de esta enfermedad. En este sentido, los profesionales de enfermería juegan un papel clave en la atención a los pacientes ingresados por infección por VRS; desde la puesta en marcha de acciones desde Atención Primaria que giran en torno a la vacunación y la educación sanitaria, así como la detección rápida de casos y la adaptación de los cuidados según la evolución de la enfermedad, hasta la creación de un plan de prevención de la infección por VRS.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bizquerra, R. (Coord.) (2003) Métodos de investigación en educación. La Muralla.

Denzin, N. K. y Lincoln, Y. (Eds.) (2011). The SAGE handbooks of qualitative research (4.ª ed). SAGE.

Gibson, S. y Hugh-Jones, S. (2012). Analysing your data. En C- Sullivan, S. Gibson y S. Riley, (Eds.). Doing your qualitative psychology project (pp. 127-153). SAGE.

Miles, M. B., Huberman, A. M. y Saldaña, J. (2014) Qualitative data analysis. An expanded sourcebook, (3.ª ed.). SAGE.

Grbich, C. (2013) Qualitative data analysis. An introduction (2.ª ed.) SAGE

Gibbs, G. (2012). El análisis de datos en investigación cualitativa. Morata. (Original de 2007). Silverman, D. (2006). Interpreting qualitative data. Methods for analyzing talk, test and interaction (3.ª ed.). SAGE.

Instituto de Salud Carlos III (2022). Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG) en España. Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios. Semana 46/2022. Nº 106. https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/GRIPE/Informes%20semanales/Temporada 2022-23/Informe%20semanal SiVIRA 462022.pdf

Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (2022). Programa de Vigilancia Integrada de las Infecciones Respiratorias Agudas (VIGIRA) de Castilla y León. Protocolo 2022/2023 (v3 https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programa-vigilancia-integrada-ira-red-centinela-sanitaria-c.ficheros/2296608-Programa%20VIGIRA%202022-23-v3.pdf

Otros aspectos del trabajo

- Tiene la aprobación del CEIm y se ha recabado el consentimiento informado de los participantes.
- Los autores no tienen conflicto de intereses. La financiación de este estudio fue proporcionada por GlaxoSmithKline Biologicals SA (ID del estudio 219368 ; epi-RSV-037). GlaxoSmithKline Biologicals SA tuvo la oportunidad de revisar una versión preliminar de este resumen para comprobar la exactitud de los datos, pero los autores son los únicos responsables del contenido final y la interpretación.
- Se ha utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de análisis de datos, no de redacción.

AUTORES/AUTHORS:

Cristina Reguera-Carrasco; Universidad de Sevilla; ORCID: 0000-00029626-0960
Sergio Barrientos-Trigo; Universidad de Sevilla; ORCID 0000-0001-76183091
Nicia del Rocío Santana-Berlanga; Hospital San Juan de Dios Aljarafe; ORCID 0000-0002-7650-3101
Elena Fernández-García; Universidad de Sevilla; ORCID: 0000-0002-79222663
Alonso Naharro-Álvarez; Centro de Emergencias Sanitarias 061 Sevilla; ORCID 0000-0002-58404097
Victor Manuel Jiménez-García; Hospital Universitario Virgen Macarena; ORCID 0000-0002-06253792
María del Rosario Martínez-Jiménez; Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios; ORCID 0000-0003-4206-9439
Sara Lázaro Martínez; Servicio Canario de Salud; ORCID 0000-0003-01898732
Mercedes Bueno-Ferrán; Universidad de Sevilla; ORCID 0000-0002-0119165X

TÍTULO/TITLE:

Instrumentos validados que miden las cargas de trabajo enfermeras en Unidades de Cuidados Intensivos

Palabras clave: Carga trabajo enfermera, Complejidad de cuidados, Unidad Cuidados Intensivos

Objetivo: Identificar los instrumentos que miden cargas de trabajo enfermera en Unidades de Cuidados Intensivos.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA. Se incluyeron estudios de validación de herramientas que miden carga de trabajo enfermera en pacientes adultos ingresados en unidades de cuidados intensivos y semi-intensivos. Se seleccionaron los artículos publicados en inglés y español, sin límite en el año de publicación. Se excluyeron aquellos estudios llevados a cabo en varias unidades, si el análisis no reportaba los resultados de forma estratificada según el tipo de unidad.

Tanto la búsqueda como la selección de los artículos se realizaron por pares de manera independiente. Se realizó una búsqueda principal en CINAHL, Scopus, Pubmed, WOS, Cochrane Database, SCIELO, Cuiden y Cuidatge en febrero de 2023. Y una búsqueda secundaria analizado las referencias bibliográficas de los artículos incluidos. La estrategia de búsqueda incluyó términos relacionados con el tema de estudio, utilizando lenguaje libre y controlado en combinación con los operadores booleanos AND y OR. La selección de los artículos se realizó mediante tres fases; por título, por resumen y a texto completo. Finalmente, los desacuerdos se resolvieron mediante consenso.

Dos autores realizaron la extracción en base a un formulario que incluía información sobre las características del estudio, la población, el instrumento y la calidad metodológica. Además, se ha realizado una síntesis narrativa de los resultados. La calidad metodológica de los artículos y el riesgo de sesgo de los estudios se analizaron con la herramienta QUADAS-2 (Whiting et al., 2011).

Resultados

La búsqueda primaria arrojó 2961 artículos. Tras eliminar duplicados, realizar un cribado preliminar y revisar los textos completos, se incluyeron 8 artículos. La búsqueda secundaria arrojó un total de 9 artículos. Finalmente, se seleccionaron 17 artículos con un total de 9 escalas.

Características de los artículos

Entre los estudios seleccionados, 12 se publicaron en inglés y 5 en español. El año de publicación oscila entre 1991 y 2020. El país de publicación incluye España, Portugal, Chile, Brasil, Canadá, Países Bajos, Japón, Estados Unidos, Cuba, Noruega, China, Suecia y Dinamarca, y el diseño de todos los estudios fue transversal. El tamaño de las muestras oscila entre 65 y 6445 y la mayoría de las UCIs eran médico-quirúrgicas o polivalentes, aunque un 35% no reportaron el tipo de UCI utilizada para extraer la muestra.

De los 17 artículos incluidos, 6 eran escalas originales: el Comprehensive Nursing Intervention Score (CNIS), el Patient Intensity for Nursing Index (PINI), el Nine Equivalents of nursing Manpower use Score (NEMS), el Nursing Workload Assessment Scale (EVECTE), el Nursing Care Recording (NCR), el Scale of Workload and Nursing Times (VACTE); 4 eran adaptaciones como la TISS-28 y la NCR-11; 6 eran traducciones de la Nursing Activity Score al portugués, chileno, español y franco-canadiense y 1 de la TISS-28 al chino.

Características instrumentos

En relación con la medida de la carga de trabajo, las escalas NAS y VACTE la evaluaron según el tiempo medio de trabajo; las escalas TISS-28, EVECTE, y NEMS la midieron según el esfuerzo terapéutico y por último, las escalas NCR y NCR-11, PINI y CNIS la midieron relacionándolo con la intensidad de los cuidados.

En cuanto al número de ítems, incluían de 9 a 73 ítems y en relación con el sistema de puntuación, encontramos algunos instrumentos que utilizan escalas tipo Likert con tres puntos (EVECTE, NCR, NCR-11, CNIS) y cinco puntos (PINI). Y otros instrumentos que incluyen escalas dicotómicas (sí/no) (VACTE, NAS, NEMS, TISS-28).

Calidad metodológica y riesgo de sesgo

Se obtuvieron peores puntuaciones para el riesgo de sesgo que para la aplicabilidad. El dominio con mayor riesgo de sesgo fue el dominio de selección de paciente y el dominio con mayor incertidumbre fue el dominio de estándar de referencia.

En el dominio de selección de pacientes, el riesgo de sesgo fue alto para las escalas PINI, NAS versión chilena y versión francesa-canadiense, NCR, NAS versión portuguesa y EVECTE, porque no incluyeron a todos los participantes consecutivos elegibles o seleccionaron una muestra de conveniencia y en el caso de la escala VACTE porque utilizó un análisis retrospectivo. En cuanto al dominio de la prueba índice y la prueba de referencia, se obtuvieron valores inciertos en el riesgo de sesgo en cinco estudios (VACTE, TISS-28, NAS versión portuguesa, NAS versión castellano, NAS versión chilena) y ocho estudios respectivamente (VACTE, TISS-28, NAS versión chilena,

TISS-28 versión china), debido a que no informaron suficientes datos para determinar si las pruebas se aplicaron de forma independiente. Por último, en el dominio Flujo y tiempo, tres estudios se consideraron con alto riesgo de sesgo porque el intervalo utilizado para la administración de la prueba no fue adecuado o no todos los pacientes fueron incluidos en el estudio (NCR-11, NAS versión chilena y PINI). Finalmente, las escalas con mejor control de sesgo fueron CNIS, NEMS, TISS-28 y NAS versión francesa-canadiense.

Discusión/conclusión:

Esta revisión ha sintetizado la información existente acerca de qué instrumentos validados encontramos para medir la carga de trabajo enfermera en las unidades de cuidados intensivos. Se identificaron 9 escalas que fueron validadas en 17 estudios.

En relación con la calidad metodológica, en el riesgo de sesgo se obtuvo gran heterogeneidad en la calidad de los dominios, aunque en términos generales predominan los dominios con buena calidad. Sin embargo, hasta siete estudios presentan alto riesgo de sesgo en el dominio de selección de los pacientes y encontramos hasta trece estudios que reflejan incertidumbre en los dominios de prueba índice y de referencia. Por ello, en aquellos artículos afectados, las escalas validadas asumen un riesgo de sesgo a nivel metodológico, cuestionándose su calidad y aplicación a la práctica clínica. Por el contrario, en el caso de la aplicabilidad, la mayoría de los dominios presentan buena calidad debido a que las herramientas si se han desarrollado en las unidades para las que estaban destinadas y por profesionales cualificados. Finalmente, las escalas con mejor control de sesgo fueron la CNIS, NEMS, TISS-28 y NAS versión francesa-canadiense.

Actualmente una de las metodologías más utilizadas para evaluar los instrumentos de medida en salud es la desarrollada por la iniciativa COSMIN (COSensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments), que tiene como objetivo facilitar la selección del instrumento de alta calidad para la investigación y la práctica clínica (Prinsen et al., 2018). Sin embargo, ninguna de las validaciones seleccionadas se ha realizado siguiendo las directrices actuales reflejadas en estos protocolos. Esto podría deberse a que la mayoría son previas a la publicación de estos criterios. No obstante, una evaluación en base a estos criterios de calidad podría ayudar a mejorar la calidad de la validación en estudios futuros.

Asimismo, se encontró una amplia heterogeneidad en los resultados de los instrumentos de medida en relación con la forma de medir la carga de trabajo enfermera en estas unidades. Encontramos instrumentos que evalúan el tiempo medio empleado para el desarrollo de la actividad, como las escalas NAS y VACTE. Este enfoque se encuentra respaldado en el campo de la enfermería al presentarse como un método transparente de establecer el nivel de cuidados (Cáceres-Rivera et al., 2022). Sin embargo, este método de cuantificación no tiene en cuenta factores como los años de experiencia o el nivel de competencias adquiridas por las enfermeras. Tampoco tiene en cuenta ciertas actividades enfermeras como la enseñanza de los estudiantes o la asistencia al nuevo personal clínico a la hora de reflejar la carga de trabajo enfermera.

También se han encontrado escalas que se basan en la gravedad del paciente (TISS-28, EVECTE y NEMS). Sin embargo, el desarrollo de estas escalas se ha basado en criterios médicos como la gravedad del paciente o la cantidad de intervenciones terapéuticas, por lo que podrían no reflejar adecuadamente las cargas de trabajo enfermeras (Margadant et al., 2021).

Por último, encontramos las escalas PINI, CNIS y NCR, que relacionan la carga asistencial con la intensidad de los cuidados de enfermería. Este modelo se encuentra menos extendido, pero se relaciona con los modelos de cuidados más recientes de cuidados críticos que apoyan la medición de las cargas de trabajo basadas en una visión holística del paciente y sus cuidados. Por lo tanto, estas escalas, aunque menos conocidas en la bibliografía, exponen un marco conceptual novedoso a tener en cuenta (Ellis, 2020).

Finalmente, tras realizar esta revisión podemos decir que encontramos diversas herramientas validadas para medir la carga de trabajo en la UCI, donde se ha observado una evolución en la forma de medir la carga de trabajo ya que las escalas más antiguas se asocian con el esfuerzo terapéutico y los diagnósticos médicos y las más actuales con conceptos nuevos como el de intensidad de cuidados enfermeros. Las herramientas presentan una calidad en el riesgo de sesgo bastante heterogénea, siendo el dominio más afectado el de selección del paciente. Las escalas con mejor control del sesgo fueron la CNIS, NEMS, TISS-28 y NAS versión francesa-canadiense. En este sentido, el modelo de medición empleado por la NAS se presenta como un método más respaldado a la hora de medir la carga de trabajo enfermera, siendo el instrumento que presenta mayor cantidad de validaciones y adaptaciones a otros idiomas. Sin embargo, la escala CNIS se corresponde con una opción para tener en cuenta ya que sigue un modelo más actual, aunque menos extendido en la actualidad.

Implicaciones para la práctica clínica

Los resultados de la presente revisión sistemática contribuyen a mejorar la carga de trabajo enfermera en las unidades de cuidados intensivos mediante la identificación de aquellos instrumentos que han sido validados para su medición. Además, permiten detectar lagunas de conocimiento y necesidades de mejora entorno a unas herramientas que permiten mejorar la seguridad del paciente y el ambiente de trabajo enfermero.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cáceres Rivera, D. I., Ruiz Sandoval, J. P., Cristancho Zambrano, L. Y., Pulido Montes, M. A., & López Romero, L. A. (2022). Métodos empleados para cuantificar la carga de trabajo en Enfermería en las unidades de cuidados intensivos: Una revisión de la literatura. Revista Cuidarte, 13(3), 1–13. https://doi.org/10.15649/cuidarte.2301

Ellis, W. M. (2020). Developing a tool to measure work intensity. Nursing Management, 51(2), 10–12. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000617036.73190.96

Margadant, C. C., de Keizer, N. F., Hoogendoorn, M. E., Bosman, R. J., Spijkstra, J. J., & Brinkman, S. (2021). Nurse Operation Workload (NOW), a new nursing workload model for intensive care units based on time measurements: An observational study. International Journal of Nursing Studies, 113, N.PAG. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103780

Prinsen, C. A. C., Mokkink, L. B., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., de Vet, H. C. W., & Terwee, C. B. (2018). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. Quality of Life Research, 27(5), 1147– 1157. https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3

Whiting, P., Rutjes, A., Westwood, M., Mallett, S., Deeks, J. (2011). QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. Annals of Internal Medicine, 155(8), 529–536. https://doi.org/10.7326/0003-4819-155- 8-201110180-00009

AUTORES/AUTHORS:

Díaz Chavarro, Blanca Cecilia[1]; Romero-Saldaña, Manuel[2]; Assis Reveiz, Jorge Karim[3]; Molina-Recio, Guillermo[4].

[1]Universidad Santiago de Cali – Colombia, Facultad de Salud, Programa de Enfermería. Universidad de Córdoba. Facultad /Escuela Internacional de Doctorado en Agroalimentación. Departamento de Enfermería, Farmacología y Fisioterapia. E-mail: blanca.diaz00@usc.edu.co https://orcid.org/0000-0003-1112-7907

[2]Departamento de Enfermería, Farmacología y Fisioterapia. Universidad de Córdoba. Estilos de Vida, Innovación y Salud (GA - 16). Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) Córdoba - España. Email: z92rosam@uco.es https://orcid.org/0000-0002-6146-4402

[3]Médico especialista. Departamento de Investigación y Educación, Clínica de Occidente SA. Cali - Colombia. Email: ophthalmology2013@gmail.com https://orcid.org/0000-0001-8113-506X

[4]Departamento de Enfermería, Farmacología y Fisioterapia. Universidad de Córdoba. Estilos de Vida, Innovación y Salud (GA - 16). Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba - España. Email: gmrsurf75@gmail.com https://orcid.org/0000-0002-0005-4901

TÍTULO/TITLE:

Estado nutricional y situación vital al egreso de pacientes ingresados en uci: un estudio observacional

Palabras clave

Estado nutricional, mortalidad, supervivencia, pacientes, enfermedad crítica.

Objetivo

Identificar el estado nutricional de pacientes ingresados en una UCI de Cali durante el año 2019 y su relación con la situación vital presentada al egreso de la hospitalización.

Métodos

Estudio observacional, analítico retrospectivo de 114 pacientes ingresados en una UCI de una clínica de Cali, durante el año 2019. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años y se excluyeron los pacientes que no tenían valoración del estado nutricional, sin datos de Indice de Masa Corporal – IMC, o con datos faltantes en la caracterización sociodemográfica.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética y Bioética de la Universidad Santiago de Cali y por el comité científico de la Institución de salud. Se utilizó el software estadístico SPPSS Versión 28.0 para el procesamiento de los datos. Las variables tenidas en cuenta fueron: sexo, edad, valores de leucocitos y linfocitos en el hemograma, niveles de creatinina y potasio, clasificación de las patologías de ingreso y se analizó la relación entre el estado nutricional y la situación vital al egreso de los pacientes, segmentándolas según el sexo y las patologías de ingreso. Se tuvieron en cuenta medidas de tendencia central y para comparar variables categóricas se utilizó la prueba Chi cuadrado de Pearson y en el caso de la comparación de medias aritméticas, se empleó la prueba T de Student o el análisis de varianza de un factor (ANOVA).

Resultados

De un total de 114 participantes, 66 (57,9%) fueron mujeres y 48 fueron hombres (42,1%), el promedio de edad general fue de 62,38 años (±17,63, IC 95% 59,11 – 65,65). A nivel del estado nutricional el bajo peso se presentó en un 17,5% de los pacientes, el normopeso en el 29% y el sobrepeso u obesidad se presentó en un 53,5% del total de la población. En cuanto a la función inmunológica se encontró un promedio de leucocitos de 18.33 x10^3/uL (±36,10, IC 95% 11,63 – 25,03). El valor promedio de los linfocitos fue de 15,16 (±11,49, IC 95% 13,03 – 17,30), con mayor tendencia a la Linfopenia (64,9%). Los resultados de parámetros bioquímicos identificaron una creatinina promedio de 1,61 (±2,70, IC 95% 1,11 – 2,12) y un potasio promedio de 4,10 (±0,71, IC 95% 3,97 – 4,23).

Al analizar los datos referentes a la clasificación de las patologías de ingreso, se encontró una importante prevalencia de enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio (31,6%), seguido de las neoplasias (29,8%), en menor cantidad se encontraron pacientes con patologías infecciosas (14%) y se evidenció una mortalidad del 37,7% de la población ingresada a la UCI.

Al realizar el análisis de variables relacionadas con el estado nutricional, se encontró una asociación entre el sexo masculino y la situación vital de egreso, de acuerdo al estado nutricional (p=0,024), relacionada con el fallecimiento del 70% de los hombres con bajo peso. Además, se identificó una supervivencia del 84,6% en los pacientes con enfermedad neoplásica y normo peso (p= 0,008). El sobre peso u obesidad estuvo asociada con una menor mortalidad (13,3%) en pacientes con otras enfermedades como: vasculitis, íleo no especificado, traumatismos, convulsiones, diabetes y otros dolores abdominales (p= 0,002). Esta misma asociación se identificó en los pacientes jóvenes/adultos con una mortalidad del 12% en quienes presentaron sobre peso/obesidad (p=0,007). La media de los valores de leucocitos en las pruebas hematológicas y la mortalidad presento asociación (p= 0,028), con un promedio mayor en pacientes fallecidos (27,82 ±56,83 vs *12,58 ±8,79).*

Discusión

En cuanto a lo estudiado sobre las patologías como causa de ingreso a la UCI, se coincide con los resultados del estudio realizado por Nachvak, et al., en el cual identificaron en primer lugar patologías como la insuficiencia renal con hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con cirugía torácica y cardiopatía pulmonar no especificada

(30,8%). (Nachvak, et al., 2018). En otro estudio realizado en Singapur se encontró como primera causa de ingreso la sepsis con un 23,9%, seguido de las afecciones respiratorias y las neurológicas, cada una con un 22,1% (Lew, et al., 2017). Estas diferencias en los resultados, pueden presentarse de acuerdo a las características de la población estudiada, sus condiciones y hábitos de vida.

La mortalidad reportada en el estudio actual coincide en la que se ha reportado de manera global dentro de las UCI, por ejemplo según un estudio realizado en Turquía, la tasa de mortalidad en pacientes no infectados fue de 37,8% y hubo un incremento en la mortalidad de pacientes con infección nosocomial (66,3%). En este mismo estudio se encontraron como factores de riesgo para la mortalidad: la edad avanzada, la puntuación APACHE II elevada, la nutrición enteral, el uso de corticoesteroides o medicamentos para quimioterapia, el uso de ventilación mecánica y/o traqueotomía (Colpan et al., 2005)

Teniendo en cuenta la asociación entre el sexo masculino y la situación vital de egreso, según el estado nutricional, con una mayor mortalidad en hombres con bajo peso, hay que decir que en otro estudio realizado en el año 2001, se coincidió con el sexo masculino como factor de riesgo para mortalidad a los 6 meses de egreso de la hospitalización, obteniendo un 68% de pacientes fallecidos, frente a un 44% de pacientes sobrevivientes. Además de ello, en esta investigación se tuvo en cuenta el puntaje SAPS II alto, la puntuación omega diaria alta (que incluye tratamientos realizados como: traqueotomía, paso de catéter venoso central, hemodiálisis, broncoscopia, ventilación mecánica y hemofiltración continua), la concentración plasmática de albumina <3,5 g/dl y la circunferencia media del brazo con un percentil < 10 (Dardaine, et al., 2001).

En los resultados del actual estudio, también se observó una mayor supervivencia en pacientes con neoplasias, cuando presentaban normo peso. Se detecto una menor mortalidad en pacientes con sobrepeso u obesidad, en quienes fueron clasificados dentro del grupo de padecimiento de otras enfermedades como causa de ingreso, esta misma observación se presentó en aquellos pacientes del ciclo vital juventud/adultez. En la literatura dichas asociaciones han variado, encontrando que en 3 estudios no hubo relación entre la obesidad y la mortalidad (O'Brien, et al.,2004., Tremblay & Bandi, 2003 y Frat, et al., 2008). Por otra parte se ha reportado una disminución en la mortalidad en pacientes obesos críticamente enfermos (Akinnusi, Pineda & El Solh, 2008) o sépticos (Pepper, et al., 2016). Por lo cual un artículo publicado en el 2020, se indicó que hallaron 7 revisiones sistemáticas sobre el tema, observando resultados variados y los metaanálisis reportaron también heterogeneidad estadística. (Tocalini, et al., 2020)

Implicaciones para la práctica clínica

Este estudio permite reconocer como el estado nutricional incide en la función inmunológica y por ende en el proceso de recuperación del paciente en estado crítico. Agregado a ello, se determina que la situación vital de egreso del paciente, está relacionada con factores como las patologías de ingreso, el sexo y el estado nutricional, permitiendo que el personal de salud, durante el análisis del estado de los pacientes, le de mayor importancia a estos aspectos dentro de su valoración

y seguimiento, para así realizar abordajes e intervenciones más efectivas en busca de la recuperación del proceso de enfermedad y la disminución de la mortalidad en la población atendida en este servicio.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Nachvak, Seyyed Mostafa, Hedayati, S., Hejazi, N., Motamedi-Motlagh, A. y Abdollahzad, H. (2018) "Cuidado nutricional y balance de energía en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos iraníes". *Nutrición Clinique et Métabolisme* 32.2: 122-128.

O'Brien JM Jr, Welsh CH, Fish RH, Ancukiewicz M, Kramer AM. (2004) Excess body weight is not independently associated with out- come in mechanically ventilated patients with acute lung injury. Ann Intern Med. 140:338-45.

Tremblay A, Bandi V. (2003) Impact of body mass index on outcomes following critical care. Chest. 123:1202-7.

Frat JP, Gissot V, Ragot S, Desachy A, Runge I, Lebert C, et al. (2008) Impact of obesity in mechanically ventilated patients: A pros- pective study. Intensive Care Med. 34:1991-8.

Akinnusi ME, Pineda LA, El Solh AA. (2008) Effect of obesity on intensive care morbidity and mortality: A meta-analysis. Crit Care Med;36:151-8.

Pepper DJ, Sun J, Welsh J, Cui X, Suffredini AF, Eichacker PQ. (2016) Increased body mass index and adjusted mortality in ICU patients with sepsis or septic shock: A systematic review and meta-analysis. Crit Care. 20:181.

Tocalini, P., et al. (2020) "Asociación entre obesidad y mortalidad en pacientes adultos que reciben ventilación mecánica invasiva: una revisión sistemática y metaanálisis." *Medicina Intensiva* 44.1: 18-26.

Lew, Charles Chin Han., Yung, Wong Gabriel Jun., Cheung, Ka Po., Chua, Ai Ping., Chong, Mary Foong., Miller, Michelle (2017) "Association between malnutrition and 28-day mortality and intensive care length-of-stay in the critically ill: a prospective cohort study." *Nutrients* 10.1: 10.

Colpan A, Akinci E, Erbay A, Balaban N, Bodur H. (2005) Evaluation of risk factors for mortality in intensive care units: a prospective study from a referral hospital in Turkey. Am J Infect Control. Feb;33(1):42-7. DOI: 10.1016/j.ajic.2004.09.005.

Dardaine V, Dequin PF, Ripault H, Constans T, Giniès G. (2001) Outcome of older patients requiring ventilatory support in intensive care: impact of nutritional status. J Am Geriatr Soc. May;49(5):564-70. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2001.49114.x.

AUTORES/AUTHORS:

Ariadna Farré Maduell. Enfermera del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona Ana Alonso Sant Pau. Enfermera del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona Patricia Peñacoba Toribio. Neumóloga del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Fátima Morante Vélez. Enfermera del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona Maria Rosa Güell Rous. Neumóloga del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

TÍTULO/TITLE:

¿Es el concentrador portátil la mejor solución para corregir la desaturación al esfuerzo?

Palabras clave: EPOC, EPID, OXIGENOTERAPIA, CONCENTRADOR PORTATIL

Objetivo:

Evaluar la eficacia del Concentrador portátil (CP) en la corrección de SpO2 en pacientes con desaturación al esfuerzo y analizar la necesidad de cambiar a oxígeno líquido portátil (OLP) en el caso de no corregirla.

Material y métodos:

Se analizaron retrospectivamente los pacientes con indicación de oxígeno portátil de nuestro servicio entre los años 2018-2020. Se incluyeron pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y con enfermedad intersticial (EPID) que presentaban desaturación al esfuerzo (SpO2 media< 88%) en la prueba de 6 minutos de marcha (P6MM). Se realizó un análisis descriptivo de las variables.

Resultados:

Se analizaron 211 casos, 140 pacientes con EPOC y 71 con EPID.

El 28,6% de los pacientes con EPOC y el 45,1% con EPID mostraron con el CP una inadecuada corrección de la SpO2 con el máximo de pulsos /min. En 54 pacientes se realizó una P6MM con OLP: 22 corrigieron la SpO2 adecuadamente, pero 32 no lo consiguieron a pesar del flujo máximo de 6 litros/min. De estos 54 pacientes, en 18 (10 con EPOC y 8 con EPID) se realizó la P6MM directamente con OLP por intensa desaturación y en 36 pacientes (17 con EPOC y 19 con EPID) tras objetivar una inadecuada corrección con el CP. Los pacientes con EPOC recorrieron de media 34,58 metros más con el OLP que con el CP (p=0,017) y los pacientes con EPID 14,69 metros más, pero sin diferencia estadísticamente significativa.**Discusión:**

Nuestros resultados muestran un alto porcentaje de pacientes con EPOC y EPID que no corrigen la SpO2 al esfuerzo con el CP. Además, caminan más en la P6MM cuando se consigue una SpO2 óptima.

La oxigenoterapia ha demostrado aumentar la supervivencia en los enfermos con EPOC e insuficiencia respiratoria (1,2). Sin embargo, hasta el momento actual, no ha demostrado beneficios en pacientes con desaturación al

esfuerzo, aunque los estudios tienen muchas limitaciones (3,4). No hay evidencia de que la corrección de la desaturación al esfuerzo impacte en la supervivencia. No obstante, los pacientes con EPOC y desaturación al esfuerzo tienen el doble de mortalidad, un 50% más de exacerbaciones y un deterioro más rápido de la función pulmonar que los que no la tienen (5).

Los pacientes que precisan oxígeno al esfuerzo por desaturación, prefieren los dispositivos de CP a pesar de no conseguir una adecuada corrección de la SpO2, tal como se demuestra en un estudio reciente (6).

El CP proporciona oxígeno en forma de pulsos /min, con una pureza que varía según el flujo (con 1-3 pulsos/min < 92%). Por el contrario, el OLP proporciona oxigeno con una pureza del 100% independientemente del flujo.

Existen escasos estudios que analicen la respuesta de la SpO2 al esfuerzo con el CP y los resultados, muy similares a los nuestros, muestran un elevado porcentaje de pacientes que no consiguen corregir la SpO2, un 21% de pacientes con EPOC y un 39% con EPID (6). Cuando se compara con el OLP un 20% de pacientes con EPOC tienen una SpO2 más baja con el CP (7).

Conclusión:

Existe un alto porcentaje de pacientes, fundamentalmente con EPID, que no consiguen corregir la SpO2 con los CP a pesar del flujo máximo en pulsos. Esta situación debe alertarnos de la importancia de evaluar de forma personalizada el sistema portátil de oxígeno, lo es de gran trascendencia en la evolución de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Report of the Medical Research Council Working Party. Long-term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. (1981). The Lancet, 317(8222), 681-686. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(81)91970-x.

Continuous or Nocturnal Oxygen Therapy in Hypoxemic Chronic Obstructive Lung Disease. (1980). Annals of Internal Medicine, 93(3), 391. https://doi.org/10.7326/0003-4819-93-3-391

Emtner, M., Porszasz, J., Burns, M., Somfay, A., & Casaburi, R. (2003). Benefits of Supplemental Oxygen in Exercise Training in Nonhypoxemic Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 168(9), 1034-1042. https://doi.org/10.1164/rccm.200212-1525oc

Nonoyama, M., Brooks, D., Lacasse, Y., Guyatt, G. H., & Goldstein, R. S. (2007). Oxygen therapy during exercise training in chronic obstructive pulmonary disease. The Cochrane library, 2010(1). https://doi.org/10.1002/14651858.cd005372.pub2.

Waatevik, M., Johannessen, A., Real, F. X., Aanerud, M., Hardie, J. A., Bakke, P., & Eagan, T. M. (2016). Oxygen desaturation in 6-min walk test is a risk factor for adverse outcomes in COPD. The European respiratory journal, 48(1), 82-91. https://doi.org/10.1183/13993003.00975-2015

Marti, S., Pajares, V., Morante, F., Ramón, M. V. V., Lara, J., Ferrer, J., & Güell, M. R. (2013). Are Oxygen-Conserving Devices Effective for Correcting Exercise Hypoxemia? Respiratory Care, 58(10), 1606-1613. https://doi.org/10.4187/respcare.02260[7]

Gloeckl, R., Jarosch, I., Schneeberger, T., Fiedler, C., Lausen, M., Weingaertner, J., Hitzl, W., Kenn, K., & Koczulla, A. (2019). Comparison of supplemental oxygen delivery by continuous versus demand based flow systems in hypoxemic COPD patients – A randomized, single-blinded cross-over study. Respiratory Medicine, 156, 26-32. https://doi.org/10.1016/j.rmed.2019.08.001

Otros aspectos del trabajo:

i. Tiene la aprobación del Comité de ética clínica correspondiente y si ha recabado el consentimiento informado de los participantes.

   El estudio tiene la aceptación del comité ético del hospital. No se ha recogido el consentimiento informado de los pacientes puesto que se trata de un estudio retrospectivo centrado en una base de datos de neumología, en que se recogen los resultados de la prueba de 6 minutos y la respuesta al oxígeno. Además, los datos están obtenidos entre los años 2018-2020, por lo que es difícil obtener el CI, considerando la gravedad de la enfermedad en aquel momento.

ii. Los autores no tenemos ningún conflicto de interés.

Los autores no hemos utilizado IA ni tecnologías asistidas por IA durante el proceso de redacción del documento.

Mesa 35: Cuidados a pacientes dependientes
Session 35: Dependent pacient care

AUTORES/AUTHORS:

Paula Gutiérrez Báez. Enfermera Interna Residente en Salud Mental. Servicio dePsiquiatría y Salud Mental, Gerencia Asistencia Sanitaria de Zamora

Código ORCID: https://orcid.org/0009-0004-6278-0281

TÍTULO/TITLE:

Programa educativo enfermero para la mejora del sueño en pacientes condeterioro cognitivo y Alzheimer y sus cuidadores

Palabras clave: disfunción cognitiva; enfermedad de Alzheimer; factores de riesgo;terapia; sueño/descanso

Objetivos:

- Realizar un programa de intervención de higiene del sueño en pacientes condeterioro cognitivo o demencia y cuidadores.
- Evaluar la repercusión de dicho programa sobre el sueño y otras variablesrelacionadas como la enfermedad de Alzheimer.
- Identificar factores que influyen en la alteración del sueño y descanso.
- Determinar si la falta de descanso influye en el rendimiento cognitivo en lospacientes con enfermedad de Alzheimer.

Métodos:

Se realizó un estudio comunitario cuasi-experimental longitudinal de medidas repetidas en el que se aplicó una intervención educacional sobre higiene del sueño y se evaluó su efectividad sobre diferentes variables del mismo y otras variables. Estuvo dirigido a personas con deterioro cognitivo leve o demencia leve y a sus familiares, pertenecientes al proyecto EDADES, en Salamanca, por lo que se realizó un muestreo no probabilísticode tipo consecutivo.

La evaluación sobre el sueño consistió en la aplicación del índice de calidad de sueño dePittsburgh. Para ver los efectos sobre la capacidad cognitiva se utilizó la validación española del Addenbrooke´s Cognitive Examination-III, prestando especial atención en el resultado total del cribado cognitivo, así como del ítem de memoria. También se recogieron otras variables sociodemográficas como la edad, sexo y tipo de deterioro cognitivo. Se realizó un análisis descriptivo y estadística inferencial para establecer relación entre las distintas variables a estudio. En la mayoría de los casos tuvieron que emplearse pruebas no paramétricas al no distribuirse siguiendo el modelo normal y tenerun

tamaño muestral pequeño. Todos los datos se analizaron mediante el programaestadístico IBM SPSS Statistics 26.

La intervención consistió en dos sesiones educativas sobre la higiene del sueño durante marzo y abril de 2022. En la primera de ellas, se expuso qué son los trastornos del sueño,sus factores de riego y la repercusión a nivel biopsicosocial en ambos colectivos, tanto enlos usuarios con deterioro cognitivo como en sus cuidadores. La segunda sesión consistió en un taller dinámico, poniendo en práctica ejercicios de relajación muscular y control deansiedad, ejercicios de respiración y meditación y otras herramientas no farmacológicas útiles para fomentar el sueño. A mayores, se grabaron vídeos explicativos resumen de lascharlas y se proporcionó el material audiovisual empleado a todos los participantes para asegurar así su participación, aunque no asistieran de forma presencial.

Tras finalizar las sesiones educativas, se planteó un ejercicio práctico a los asistentes paraque reflexionaran sobre su descanso nocturno, el cual consistía que realizarán un autorregistro de 5 días consecutivos indicando las técnicas empleadas para poder dormirmejor, percepción de la calidad del sueño y sus percepciones físicas, cognitivas yconductuales.

Se realizó también una revisión bibliográfica sistematizada del 15 de enero al 7 de marzode 2022 sobre el tema central en cuestión para la planificación del proyecto y comparar los datos obtenidos con los ya existentes en la bibliografía actual**.** Los límites de búsquedaempleados fueron estudios con texto completo de libre acceso publicados en los últimos 5 años (2017-2022) en inglés, castellano y portugués. Se recurrieron a distintas bases de datos y metabuscadores como PubMed, CINHAL, Evidentia, Cochrane Library, Biblioteca Virtual de Salud España, Epistemonikos, UpToDate y ENFISPO. Se seleccionaron un total de 13 artículos.

Resultados

La participación en el estudio fue del 100 % (n=48 individuos), de los cuales eran 16 usuarios con deterioro cognitivo leve, 8 usuarios con demencia leve y 24 familiares. Respecto al género de participación, el 66,7% eran mujeres en el grupo de usuarios, mientras que la participación estuvo más igualada en el grupo de familiares, suponiendoel 45,8% sexo femenino. La edad media de los usuarios fue de 73,83 años frente a los familiares/cuidadores que fue de 63,17 años.Hubo una mayor aceptación del programa educativo entre los usuarios, asistiendo un 75%del grupo. Cabe destacar que, dentro del grupo de familiares que asistieron presencialmente al programa, un 33,3% de los encuestados, el 70% eran hombres. Al hacer los ejercicios de autorreflexión tras la intervención, el 90% de los encuestados refirieron mejoras en todos los ámbitos y emplearon técnicas de relajación muscular y respiración, control de hábitos alimenticios que interfieren en el sueño y realizaron ejercicio físico diario para poder conciliar mejor después el sueño.

Estableciendo un análisis estadístico pre-intervención relacionando las variables sociodemográficas con las variables de sueño, se observó que según aumenta la edad de los pacientes, disminuye su eficiencia del sueño. Relacionando la edad de los familiares con las variables del sueño, se determinó que con el aumento de la edad hay una disminución de la calidad y duración del sueño.

Valorando la repercusión del programa sobre el sueño, hubo una mejora en la calidad delsueño y latencia del sueño en los usuario pre y post intervención. Dentro del grupo de familiares, hubo una mejora de la eficiencia del sueño y disminución de las perturbacionesdel sueño, comparando las variables sobre el sueño pre y post intervención.

Las perturbaciones nocturnas más frecuentes eran levantarse al servicio, ronquidos, dolores o despertares nocturnos entre los pacientes y las preocupaciones y atención a otrosmiembros familiares entre los cuidadores.

Tras la aplicación del programa, se halló una mejora del sueño, siendo estadísticamente significativa la mejora en la duración del sueño entre los usuarios, un aumento de la calidad subjetiva del sueño entre los familiares y un mayor rendimiento cognitivo general. Sin embargo, la mejora en las variables del sueño no mostraba una correlación significativa con la mejora de la memoria, a excepción de la mejora de las puntuaciones de ACE-III y memoria con la disminución de la disfunción diurna.

Discusión

El sexo femenino tiene más riesgo de desarrollar trastornos del sueño y enfermedad de Alzheimer, sobre todo con la llegada de la menopausia, así como consecuencia de sobrecarga y afectación emocional. A medida que aumenta la edad, disminuye la calidaddel sueño, suponiendo uno de los grandes síndromes geriátricos a los que debemos prestar atención. Los factores más influyentes según la bibliografía son las siestas, disfunción diurna y mala higiene del sueño. La educación en higiene del sueño permite mejorar la calidad del sueño en personas con deterioro cognitivo o demencia, y la calidad de este ensus cuidadores, pudiendo tener impacto en el rendimiento cognitivo, disminución de efectos secundarios de medicación y empoderamiento de los pacientes en su salud.

Se ha demostrado que los buenos y correctos patrones de sueño favorecen una mejora enla consolidación de la memoria, sobre todo a nivel de las ondas lentas. En diversos estudios se proponen como terapia para mejorar la consolidación de la memoria declarativa la estimulación acústica en las ondas lentas del sueño. Se compró que la estimulación acústica permitió un aumento de la cantidad, potencia y amplitud de estas ondas y que se podría mejorar la memoria con dicha terapia en algunas circunstancias.

Actualmente existen distintas terapias para abordar este problema, tanto farmacológicas como no farmacológicas, aunque deben usarse estas últimas en primer lugar, por su efectomás fisiológico, haciendo partícipe y responsable al propio usuario de su salud. Diversosautores concluyen que las terapias cognitivo-conductuales en individuos con deterioro cognitivo leve son factibles y muestras resultados positivos sobre el sueño y pueden tenerefectos a largo plazo sobre la cognición. Otras terapias interesantes alternativas para mejorar el sueño son fototerapia, administración de melatonina y/o suplementos de ácidosgrados omega-3 y omega-6 con vitaminas antioxidantes. De gran eficacia según los estudios revisados es la terapia multimodal, incluyendo fototerapia, actividad física, ejercicios de relajación y educación sobre el sueño conjuntamente. El personal deenfermería puede realizar estas medidas no farmacológicas, implicándose desde el inicioo la prevención de la aparición de los trastornos del sueño. El sueño supone una necesidad básica a valorar y ayudar independientemente del modelo teórico enfermero que se emplee. Una intervención precoz no farmacológica disminuye el consumo de fármacos yde recursos sanitarios favorece, el desarrollo de la profesión

enfermera y consigue empoderar al paciente en su propio autocuidado.

Entre las limitaciones del estudio cabe destacar, en primer lugar, el bajo número del tamaño muestral, por lo que fue necesaria la reagrupación de variables. No había grupo control y el tiempo de intervención y seguimiento fue escaso. Solo se analizaron edad y sexo entre las variables demográficas, y podría ser interesante evaluar otras variables como ocupación laboral previa o nivel de estudios. La efectividad solo se evaluó con la mejora de las variables, pudiendo haberse examinado mediante un cuestionario específicoevaluando las verdaderas consideraciones de los usuarios a estudio respecto esta mejora.

Dentro del rendimiento cognitivo, solo se evaluó el ítem de memoria y la puntuación totaldel cuestionario ACE-III. Continuando con los cuestionarios, el empleado para evaluar elsueño (PSQI) solo está validado en adultos, sin tener en cuenta las características propiasdel anciano.

Las terapias no farmacológicas, incluyendo los programas educativos, deberían priorizarse debido a sus beneficios. De cara a futuras investigaciones, se debería aumentarel tiempo de intervención y seguimiento, así como intervenir desde los estadios iniciales,aumentar la población a estudio y analizar otras variables que pueden tener relación como el nivel educativo o antecedentes médicos.

Controlando estos trastornos del sueño se consigue una mejora de la sintomatología conductual asociada a la demencia, menos ansiedad, nerviosismo e irritabilidad e inclusoun mejor control del deterioro cognitivo. Con la educación en higiene del sueño se consigue a mayores una disminución de los efectos secundarios y un empoderamiento delas personas en el cuidado de su salud. Enfermería supone un eje central y fundamental en el control de esta necesidad, detectando posibles alteraciones y educando y empoderando a las personas que lo padece.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

[1] Lira, D., y Custodio, N. (2018). Los trastornos del sueño y su compleja relación con lasfunciones cognitivas. Revista Neuropsiquiatría, 81 (1), 20-28. http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n1/a04v81n1.pdf

[2] Zhou, G., Liu, S., Yu, X., Zhao, X., Ma, L., y Shan, P. (2019). High prevalence of sleepdisorders and behavioral and psychological symptoms of dementia in late-onset Alzheimer disease. MedicineOpen, 98 (50), 1-7. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6922506/pdf/medi-98-e18405.pdf

[3] Song, M., Wang, Y.M., Wang, R., Xu, S.J., Yu, L.L., y Wang, L. (2021). Prevalence andrisks of mild cognitive impairment of Chinese community-dwelling women aged above 60 years: A cross-sectional study. Archives of Women's Mental Health, 24 (6), 903-911.

[4] Nebel, R.A., Aggarwal, N.T., Barnes, L.L., Gallagher, A., Goldstein, J.M., y Kantarci,

K. (2018). Understanding the impact of sex and gender in Alzheimer's disease: A call to action. Alzheimer's & Dementia, 14 (9), 1171-1183.

[5] Sharma, N., Chakrabarti, S., y Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family - caregivers of people with mental illnesses. World Journal of Psychiatry, 6 (1), 7-17. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4804270/pdf/WJP-6-7.pdf

[6] Gehrman, P., Gooneratne, N.S., Brewster, G.S., Richards, K.C., y Karlawish, J. (2018).Impact of Alzheimer disease patients´ sleep disturbances on their caregivers. Geriatric Nursing, 39 (1), 60-65.

[7] Wennberg, A.M.V., Wu, M.N., Rosenberg, P.B., y Spira, A.P. (2017). Sleep Disturbance, Cognitive Decline and Dementia: A Review. Seminars in Neurology, 37 (4), 395-406.

[8] Malasan, M.P., Del Río, M.P., Yánez, A.C., Araya A.X., y Molina, Y. (2018). Intervención cognitivo-conductual para trastornos del sueño en adultos mayores. Enfermería Universitaria, 15 (1), 6-16.

https://researchers.unab.cl/ws/portalfiles/portal/15215944/Masalam_Enfermeria_Univer sitaria_2018.pdf

[9] Matos, M.K., Chang, A., Pitcher, K., Whitt, C., Ritterband, L.M., y Quigg, M.S. (2021).A review of insomnia treatments for patients with mild cognitive impairment. Agieng andDisease, 12 (4), 1036-1042.

[10] Gibson, R.H., Dowell A.C., Jones, L.M., y Gander, P.H. (2021). Non-pharmacologicalinterventions a feasible option for addressing dementia-related sleep problems in the context of family care. Pilot and Feasibility Studies, 7, 1-11.

AUTORES/AUTHORS:

Núria Codern Bové, Encarna Calmaestra Carrillo, Raül Vernet Bellet, Àngels Cardona Cardona, Iolanda Arbiol Rodríguez

Núria Codern-Bové https://orcid.org/0000-0003-0210-7488. 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, Spain.

Encarna Calmaestra Carrillo https://orcid.org/0000-0002-6352-5061. 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, Spain

Raül Vernet Bellet https://orcid.org/0000-0002-1964-6974. 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, Spain

Àngels Cardona Cardona, ÀreaQ. Avaluació i Recerca Qualitativa, Barcelona, Spain.

Iolanda Arbiol Rodríguez. Institut Català de la Salut.Plataforma Malalties Minoritàries, Barcelona, Spain

TÍTULO/TITLE:

Vivir con una enfermedad rara: impacto en la economía familiar, la escuela y el trabajo Código: 16688

Palabras clave: Enfermedades raras, necesidades, escuela, trabajo, vida cotidiana, desigualdades en salud

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 (Bogart • Irvin, 2017). Existen más de 7.000 tipos de ER, con un alto porcentaje que se detectan en la infancia y tienen origen genético (Kole et a., 2021). En la Unión Europea (UE) se estima que alrededor de 30 millones de personas están afectadas, unos 3 millones en España y entre 300.000 y 400.000 en Catalunya. La baja prevalencia de la población afectada de ER se acompaña de un escaso conocimiento, situación que implica un reto para la Salud Pública en Europa y una prioridad de los derechos humanos (Kole et al., 2021).

Durante la última década, tanto en la UE como en España y en Catalunya se han realizado diversas acciones dirigidas a mejorar las líneas de actuación y atención a las personas afectadas de una ER. En Europa, se han establecido las European Reference Networks (ERN) y tienen como objetivo facilitar la colaboración entre profesionales y centros especializados para compartir conocimientos sobre ER. En España, el Centro de Referencia Estatal de Enfermedades Raras y sus Familiar (CREER) tiene un papel importante en proporcionar información sobre ER a las personas

afectadas y sus familiares, así como proporcionar orientación sobre los servicios y recursos sociosanitarios disponibles. Además, se han creado las Unidades de Referencia (CSUR) orientadas a la atención sanitaria especializada a grupos de enfermedades raras. En Catalunya, se han establecido las Unidades de Expertez Clínica (UEC) que ofrecen atención sanitaria especializadas para diferentes grupos de enfermedades. Actualmente, hay 10 Redes de UEC en funcionamiento.

Vivir con una ER es un desafío complejo que afecta no sola a la vida cotidiana de la persona y su familia, a la vez, sino también tiene implicaciones significativas en el ámbito sanitario, social, educativo y laboral. Para proporcionar un "buen cuidado" es fundamental comprender y reconocer las necesidades y los contextos en los que viven las personas afectadas de enfermedades raras (ER). En este contexto, surgen las preguntas ¿qué consecuencias económicas y laborales tiene convivir con una ER? ¿qué necesidades específicas tienen los niños y las niñas en la escuela? ¿Cómo se puede adaptar el entorno laboral a las necesidades de las personas afectadas? Para abordar estas cuestiones, se llevó a cabo un estudio con el objetivo de profundizar en las necesidades de las personas afectadas de ER y sus familias.

Objetivo

Identificar las necesidades de las personas afectadas de ER y sus familias en relación con el ámbito económico, escolar y laboral.

Métodos

Diseño: Estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario realizado a las personas adultas afectadas de ER y en caso de menores o adultas con incapacidades, se realizó a sus representantes legales.

Población de estudio: La población estudiada tenía vinculación con alguna asociación de enfermedades raras de Catalunya.

Cuestionario on-line: Se elaboró un cuestionario ad hoc a partir de la revisión de la literatura y se complementó con los resultados obtenidos en dos grupos focales. Este fue revisado y validado por un grupo de expertos (profesionales y personas afectadas). La versión final del cuestionario contenía 72 preguntas en las que se distinguían los siguientes bloques: datos sociodemográficos; ii) procesos de diagnóstico de la ER, servicios que participan, necesidades y satisfacción del usuario/familia; iii) Tratamiento, necesidades y servicios que utilizan el usuario/familia y satisfacción del usuario/familia; iv) vida cotidiana, necesidades en la escuela y trabajo y satisfacción usuario/familia. En esta comunicación se presentan resultados del último bloque.

Proceso de recogida de información: Se envió un correo electrónico a 53 asociaciones de ER de Catalunya solicitando la distribución del cuestionario a través de su web, 43 aceptaron participar. Estas enviaron el enlace del cuestionario a sus asociados. La recogida se realizó durante los meses de diciembre del 2021 hasta febrero del 2022.

Análisis: Se realizó un análisis descriptivo. Se utilizó chi-cuadrado para comparar variables nominales. En caso de respuesta en forma de escala Likert se utilizó para las comparaciones se utilizó Mann-Whitney U-test. El análisis se realizó mediante el programa R.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del IDIAPJGol (21/194-P).

Resultados

Consecuencias económicas, laborales de las ER y sus necesidades de apoyo económico

Los resultados mostraron que vivir con una ER tiene un impacto tanto en la economía familiar como en el ámbito laboral. Un 45% de los participantes (IC95%:39.4; 51.3) afirmaron recibir algún tipo de apoyo económico, lo que les ayuda a afrontar los gastos derivados de la enfermedad. Al analizar los datos obtenidos, se observa que el 36% de los participantes tuvo que dejar de trabajar y el 50% de la muestra redujo su jornada laboral. Este porcentaje incluye tanto a las personas afectadas de ER como a sus familiares cuidadores. No se encontraron diferencias significativas cuando se realizó el análisis por subgrupos de diagnóstico de enfermedad o por género.

La información sobre las consecuencias económicas se analizó mediante la pregunta del cuestionario: "¿En relación con vuestra enfermedad, necesitáis pagar...?". Se pedía a los participantes que indicaran qué necesitaban comprar relacionado con su tratamiento, plan de cuidados o rehabilitación y si podían pagarlo. Se trataba de hacer una estimación subjetiva de los gastos asociados a la enfermedad rara y de las posibles necesidades de apoyo económico derivadas de los gastos que tienen que realizar.

Los gastos más elevados que realizan están vinculados con las mejoras en la accesibilidad a la vivienda (62%), los productos de apoyo (62%) y el tratamiento médico (62%) o rehabilitador (70%). La muestra percibe que tiene dificultades para pagar o no puede pagar: tener una persona cuidadora (64%), el apoyo psicológico (52%), las mejoras de accesibilidad a la vivienda (49%) y el tratamiento rehabilitador (45%). Como complemento a los datos anteriores, se analizó la satisfacción que tienen las personas afectadas de ER y sus familias con las ayudas económicas que reciben. En términos generales, la muestra analizada respondió que estaba muy insatisfecha (46%) o poco satisfecha (23%). No existen diferencias significativas por género, excepto en el caso de las mejoras de accesibilidad de vivienda, donde las mujeres tienen más dificultades para pagar.

Necesidades en la escuela y el entorno laboral

Los servicios y recursos que se percibieron como más necesarios en la escuela fueron la atención de psicología o psicopedagogía (66%; IC95%: 50.9-76.4), un servicio de psicomotricidad (64.4%; IC%95: 50.9-76.4), la figura de un cuidador en la escuela (64%; IC95%:50.6-75.8), la de un profesor de apoyo (64%; IC95%: 50.1-76), un 58.1% (IC95%: 44,8-70,5) afirmaron tener mucha o bastante necesidad de adaptaciones del entorno y un 57.4% (IC95%: 43,2-70,8) de logopedia. Para finalizar, un 52.4% (IC95%: 39,4-65,1) manifestaron mucha o bastante necesidad en cuanto a adaptaciones tecnológicas y un 31.8% (IC95%: 20,9-44,4) de atención de enfermería.

A pesar de esto, un 60.4% de las familias manifestaron estar entre muy satisfechas a satisfechas con el apoyo recibido por el equipo docente. Un 29% de las familias se mostraron satisfechas con la coordinación entre los profesionales educativos y los servicios sanitarios y un 47% también se mostraron satisfechas con la toma de decisiones compartida con el equipo docente en cuanto a las decisiones vinculadas a la escolarización de su hijo/a.

Para analizar las necesidades de servicios y/o recursos de las personas afectadas de ER vinculadas al entorno laboral se ha tenido en cuenta tanto los servicios, las políticas laborales y la adaptación de la infraestructura. Un 73%; IC95%: 61.4-83.1) de la muestra manifestó que tiene mucha o bastante necesidad de poder trabajar de forma telemática, así como de tener adaptaciones del entorno (57%; IC95%: 44-69.2) y de la tecnología (47%; IC95%: 34.3-59.8). Por último, también afirmaron la necesidad de tener una atención de enfermería dentro del ámbito laboral (25.4%; IC95%: 15.8-37.1). Los participantes mostraron en un 31.5% estar muy satisfechos o satisfechos con el apoyo recibido por parte del servicio de salud laboral.

Discusión

Existe una elevada variabilidad en las situaciones de afectación de la enfermedad y, por tanto, también en las necesidades. Hay enfermedades raras que, debido a la gran complejidad orgánica y funcional, tienen elevadas necesidades económicas y de servicios en la escuela y el entorno. No obstante, se evidencia que vivir con ER conlleva problemas en la economía familiar y una desigualdad de oportunidades tanto en el ámbito educativo como laboral. Esto son indicadores de vulnerabilidad y tienen un impacto significativo en su salud y bienestar.

Esto concuerda con estudios previos donde las familias percibían las contribuciones financieras públicas como insuficientes para cubrir sus necesidades, especialmente las relacionadas con el tratamiento médico (Anderson et al., 2013; Maeda et al., 2017). Además, la dependencia resultante de este tipo de enfermedades a menudo requiere asistencia personal, que recae en los cuidadores principales, afectando significativamente sus vidas sociales, profesionales y educativas. En el caso de la población infantil, muchos padres tienen que emplear múltiples estrategias de adaptación para incorporar complejos protocolos de manejo de la enfermedad de sus hijos en la rutina diaria de la vida familiar (Siddiq et al., 2016).

Desde la teoría crítica del cuidado de Adeline Falk-Rafael (2005), la acción social y la defensa de los colectivos vulnerables son parte integral de la práctica de la enfermera. Así pues, tenemos que abogar por la justicia social e involucrarnos en las políticas que visibilicen las desigualdades de este colectivo, y facilitar actividades que fortalezcan sus capacidades para participar activamente en su propio cuidado.

Desde este contexto, y siguiendo las recomendaciones de Rare 2030 Foresight in Rare Disease Policy, (Kole et al., 2021) podemos afirmar que, dado que el 45% de la muestra recibe algún tipo de ayuda económica para afrontar los gastos derivados de la enfermedad, recomendamos:

- Aumentar el apoyo financiero y técnico para garantizar servicios de rehabilitación y de apoyo a las personas y familias afectadas por enfermedades raras.

En cuanto a las necesidades derivadas de la escuela y el entorno laboral, recomendamos:

- Reforzar los servicios de atención psicológica o psicopedagogía, servicios de psicomotricidad, cuidador y maestro de apoyo en las escuelas, así como la atención de enfermería.
- Revisar políticas laborales para favorecer el trabajo telemático para las personas afectadas de enfermedades raras.
- Garantizar la integración de las personas que viven con una enfermedad rara mediante acciones centradas en la persona a lo largo de su vida, para asegurar equidad de oportunidades y acceso tanto a la educación como al ámbito laboral, asegurando condiciones justas y protección social, así como inclusión.

Otros aspectos del trabajo:

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Los autores no han utilizado inteligencia artificial generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Anderson, M., Elliott, E. J., & Zurynski, Y. A. (2013). Australian families living with rare disease: experiences of diagnosis, health services use and needs for psychosocial support. Orphanet journal of rare diseases, 8, 22. https://doi.org/10.1186/1750-1172-8-22

Bogart, K. R., & Irvin, V. L. (2017). Health-related quality of life among adults with diverse rare disorders. Orphanet Journal of Rare Diseases, 12, 1–9. https://doi.org/10.1186/s13023-017-0730-1

Falk-Rafael A. (2005). Advancing nursing theory through theory-guided practice: the emergence of a critical caring perspective. ANS. Advances in nursing science, 28(1), 38–49. https://doi.org/10.1097/00012272-200501000-00005

Kole, A., Hedley, V., & et al. (2021). Recommendations from the Rare 2030 Foresight Study: The future of rare diseases starts today.

Maeda, K., Kaneko, M., Narukawa, M. et al. (2017). Points to consider: efficacy and safety evaluations in the clinical development of ultra-orphan drugs. Orphanet J Rare Dis 12, 143. https://doi.org/10.1186/s13023-017-0690-5

Siddiq, S., Wilson, B. J., Graham, I. D., Lamoureux, M., Khangura, S. D., Tingley, K., Tessier, L., Chakraborty, P., Coyle, D., Dyack, S., Gillis, J., Greenberg, C., Hayeems, R. Z., Jain-Ghai, S., Kronick, J. B., Laberge, A. M., Little, J., Mitchell, J. J., Prasad, C., Siriwardena, K., ... Canadian Inherited Metabolic Diseases Research Network (CIMDRN) (2016). Experiences of caregivers of children with inherited metabolic diseases: a qualitative study. Orphanet journal of rare diseases, 11(1), 168. https://doi.org/10.1186/s13023-016-0548-2

Mesa 37: Enfermedad renal
Session 37: Renal disease

AUTORES/AUTHORS:

Sheila Martínez-García, Luis Eduardo Hernández-Ibarra

TÍTULO/TITLE:

Estrategias de cuidadoras de jóvenes que reciben terapia de reemplazo renal para acceder a los servicios de salud

Palabras clave: Cuidadoras, experiencia, terapia de remplazo renal, servicios de salud

Introducción y objetivos

Quienes padecen enfermedad renal crónica (ERC) suelen ser personas en condición de pobreza en países de ingresos bajos y medianos (Kierans et al., 2013). En lo que respecta a México, dicha enfermedad tuvo un incremento de 670% en los últimos 30 años (Gobierno de México, 2020). Cuidar de una persona que recibe terapia de reemplazo renal (TRR) implica que quienes ofrecen el cuidado no solo atiendan los signos o síntomas de la enfermedad, sino que además sorteen las barreras y deficiencias del sistema de salud y de la seguridad social en el intento de garantizar los recursos médicos, materiales y simbólicos para la atención de su familiar y su padecimiento (Kierans et al., 2013; Padilla Altamira, 2017). El objetivo del presente trabajo fue analizar las estrategias que han desarrollado las cuidadoras de jóvenes que reciben TRR para acceder a los servicios de salud y al tratamiento de quienes cuidan.

Metodología

El estudio se realizó en la ciudad de San Luis Potosí y su área conurbada. Aunque hubo dos participantes que no vivían en la capital del estado, todas ellas y las personas cuidadas acudían a servicios médicos de especialidad en alguna de las clínicas de la capital. El trabajo de campo se llevó a cabo de julio del 2021 a marzo del 2022, con una pausa en los meses de diciembre y marzo por el aumento de los casos de Covid-19 en el Estado, y en seguimiento de las recomendaciones sanitarias.

Las participantes del estudio fueron las personas que se desempeñan o que fueron cuidadoras de la o el joven que recibe o recibió TRR. Los criterios que se consideraron para determinar quién o quiénes son los cuidadores son los propuestos por (Kittay, 1999) y que describo a continuación: a) tiene o tuvo la responsabilidad principal del cuidado de la persona enferma, b) dedica o dedicó tiempo y energía a la realización del cuidado, c) decide o decidió lo que es mejor para la persona con ERC, y d) es quien realiza o realizó el cuidado. Se entiende entonces que el cuidador principal es el responsable de otorgar o gestionar cualquier tipo de acción de atención y cuidado a la persona que padece la enfermedad. Participaron diez cuidadoras de jóvenes que recibían TRR. Para la obtención de la información se realizaron entrevistas semiestructuradas, notas analíticas, metodológicas y descriptivas.

Para analizar las experiencias de las cuidadoras de jóvenes que reciben TRR, decidí utilizar como base los procedimientos básicos de la teoría fundamentada constructivista (TFC). La TFC se basa en el pragmatismo y la epistemología relativista (Thornberg & Charmaz, 2014). Enfatiza múltiples realidades, y asume que ni los datos ni las teorías se descubren, sino que son construcciones resultantes de las interacciones entre los investigadores, los participantes y el análisis emergente (Thornberg & Charmaz, 2014) (Charmaz, 2011). Ni los datos ni los análisis posteriores son neutrales, sino que reflejan las posiciones, condiciones y contingencias de su construcción (Thornberg & Charmaz, 2014). Así, los datos son inherentemente parciales e indeterminados (Thornberg & Charmaz, 2014). Aunque en este estudio no pretendió desarrollar una teoría fundamentada propiamente dicha, si sigo sus procedimientos básicos para el desarrollo de una: la obtención y el análisis de datos de manera simultánea, mientras que el ejercicio intenta ser iterativo, abductivo y reflexivo, y presto especial atención a la etapa de codificación de los datos.

El presente proyecto de investigación fue sometido a consideración y escrutinio del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (CEIFE) de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

Hallazgos

Las estrategias desarrolladas por las cuidadoras fueron aprender a “ser” cuidadoras y hacerse

de un sistema de salud paralelo a la seguridad social.

Aprender a “ser” cuidadoras

El sistema de salud en México y sus características de fragmentación, inequidad y desigualdad, aunado a una serie de reformas estructurales en los últimos años y la contingencia por Covid-19, han moldeado las experiencias de las cuidadoras. Está bien documentado que, en México, para las familias de pocos recursos económicos, la obtención de atención en salud en instituciones oficiales implica sortear barreras que pueden ralentizar la atención. A su vez, quien busca atención debe de negociar con personal de salud y administrativo quienes fungen como porteros en dichos servicios y tienen el poder de agilizar u obstaculizar dicha atención (Kierans et al., 2013; Padilla-Altamira, 2016)

Convertirse en cuidadora implica adentrarse en las instituciones de salud, sus tiempos, dinámicas y formas propias de hacer las cosas; se van descubriendo y aprendiendo los caminos más efectivos, así como las reglas escritas y no escritas que conducen a dichas instituciones. En este sentido es que refiero que las cuidadoras aprenden a moverse entre los distintos servicios de salud, y entiendo el término mover en un sentido amplio; es decir, no se limita al recorrido físico a través de los servicios, sino el aprender a comportarse y relacionarse con diversos actores para obtener ciertos resultados a favor de la persona cuidada (Goffman, 1956).

Este aprender a moverse implica conocer también la mejor forma de relacionarse con los profesionales sanitarios para conseguir que se llevaran ciertos procedimientos médicos, pero también medicamentos, y en general, la atención médica de quienes cuidan. Tal como lo describe Goffman (Goffman, 1956), las cuidadoras aprendieron a

hablar y, en general, comportarse de manera “adecuada” para ser consideradas merecedoras de ciertos tratos o servicios. De igual forma, las participantes estuvieron dispuestas a buscar entre distintos profesionales con diferentes jerarquías para lograr ser escuchadas e intentar que su familiar fuera atendido, tal como lo hizo Rosa:

Hasta que fui con el doctor (en ese momento, alto mando de una unidad hospitalaria), hasta que fui con él y le dije: “doctor ¿qué está pasando? No hay medicamento, mi hijo tiene tres días con el dolor, y ya nada más se lo están calmando. Dígame si no hay medicamento, de verdad yo me pongo en la puerta del seguro a pedir limosna para comprarle medicamento a mi hijo, porque yo no tengo recursos para comprárselo, porque mi hijo está internado aquí, y que no hay medicamento”. Dijo: “déjeme ver, regrese en media hora aquí en mi oficina”. Yo ya no regresé, él llegó a los diez minutos a decirme: “ahí está el medicamento para que se lo aplique”. Todos diciendo que no había medicamento para nadie, y voy yo con él y se le aplica el medicamento a mi hijo, y si hubo todo el medicamento para los 14 días (Rosa, madre de la persona cuidada).

Contrario a lo que pudiera creerse, estas situaciones no son extraordinarias por parte de estas cuidadoras, sino que lo han encontrado como una forma de agilizar la atención médica de sus familiares, al igual que lo mencionó Miriam:

> Y te digo, uno como familiar es muchísimo el apoyo, (...) uno se trata de mover, (...). “Señorita, ¿a qué hora se lo van a llevar para diálisis?” porque lo tenían que traer a IGSA. “Es que no hay ambulancia”, “ay ¿no hay ambulancia? ahorita me muevo, a ver”, y ya me iba, a ver. “¿Que no hay ambulancia?”, “si, si hay ambulancia, pero no hay chofer”. Ya me iba de vuelta, y no todos son el mismo trato, como todo ¿verdad? “Señorita, ¿que no hay ambulancia?”, “si hay ambulancia, pero el chofer no ha llegado”, y dice que me tengo que ir para acá. Y ya me encontré al chofer, estaba y dice: “si señora, yo soy el chofer, pero no hay ambulancia”, entonces ya me iba, yo me movía, me estuve moviendo (...) Yo veía a la demás gente, a los demás que lo necesitaban, si no tenía a sus familiares, ¿quién se movía? Si no tenía, ¿cómo le hacían? Uno tenía que estar ahí al pendiente porque ellos no se mueven, (...) y yo me movía por un lado y por otro, ya le sabía a las correderas, yo ya llega llegaba la ambulancia, firmaba un papel, me daban el expediente “aquí está, señora, lo entrega allá” (...). Y luego, saliendo hasta nos encontrábamos a la ¿directora, hijo?. Dice: “¡ay, es el que pide la ambulancia, ¡que te vaya bien!”. Pues sí, porque le estábamos ayudando nosotros, le ayudamos en esa forma, pero a mí no me interesaba nada, me interesaba mi hijo, cómo le hacíamos, y es como lo traíamos a hemodiálisis en la tarde, devuelta en la ambulancia (Miriam, madre de la persona cuidada).

Hacerse de un sistema de salud paralelo a la seguridad social

A pesar de contar con seguridad social, tanto la atención médica como los procesos, insumos y medicamentos de las TRR fueron retardados o negados más de una ocasión. Ante ello, las cuidadoras y las personas enfermas tuvieron que echar a andar estrategias para lograr que las personas cuidadas pudieran seguir accediendo al tratamiento de TRR. Ante estas limitaciones, las cuidadoras y las personas enfermas buscaron la cooperación entre los pacientes con ERC y sus familias, llevando a cabo intercambios informales de medicamentos e insumos ante la escasez en los servicios

de salud o la imposibilidad económica de conseguirlos. A esto he denominado *hacerse de un sistema de salud paralelo* con la finalidad de subsanar en medida de lo posible las deficiencias del oficial. Entre los recursos más intercambiados estuvieron las bolsas de diálisis y medicamentos que en esos momentos tampoco pudieron encontrar en farmacias del sector privado.

Hacerse un sistema de salud implicó la cooperación entre los pacientes con ERC y sus familias y con distintos grados de formalidad, que incluyeron: asociaciones civiles, la red de contactos que puedan proporcionarles los profesionales sanitarios, mediante grupos de personas enfermas y cuidadoras en San Luis Potosí, en grupos de redes sociales digitales al que pertenecen personas de distintas partes de México y América Latina.

Conclusiones

En México, contar con seguridad social no ofrece garantía del acceso a la atención médica, a los medicamentos, a las TRR o a los insumos necesarios para ella, y ante ello, las cuidadoras desarrollan estrategias para sortear las barreras de atención en salud. La economía informal de las TRR había sido descrita en personas sin seguridad social en México (Padilla-Altamira, 2016). Estos hallazgos muestran que dichas acciones no se limitan a las personas que no cuentan con acceso a servicios de salud de seguridad social, sino que es un quehacer cotidiano de quienes padecen ERC y sus familias en un país donde poder acceder a la seguridad social no es garantía del acceso a la atención médica ni al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Charmaz, K. (2011). A constructivist grounded theory analysis of losing and regaining a valued self. In F. J. Wertz, K. Charmaz, L. M. McMullen, R. Josselson, R. Anderson, & E. McSpadden (Eds.), *Five ways of doing qualitative analysis: Phenomenological psychology, grounded theory, discourse analysis, narrative research, and intuitive inquiry* (pp. 165-204). The Guilford Press.

Gobierno de México. (2020). *Criterios para las poblaciones en situación de vulnerabilidad que pueden desarrollar una complicación o morir por COVID-19 en la reapertura de actividades económicas en los centros de trabajo*. Ciudad de México Retrieved from https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Criterios vulnerabilidad 27Julio2020.pdf

Goffman, E. (1956). The nature of deference and demeanor. *American Anthropologist*, *58*(3), 473–502. https://doi.org/10.1525/aa.1956.58.3.02a00070

Kierans, C., Padilla-Altamira, C., Garcia-Garcia, G., Ibarra-Hernandez, M., & Mercado, F. J. (2013). When health systems are barriers to health care: Challenges faced by uninsured mexican kidney patients. *Plos One*, *8*(1), 1-7. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054380.t005

Kittay, E. F. (1999). *Love's labor. Essays on women, equality, and dependency*. Routledge.

Padilla Altamira, C. (2017). *Healthcare at the margins: An ethnography of chronic kidney disease and peritoneal dialysis in Mexico* University of Liverpool]. Liverpool.

Padilla-Altamira, C. (2016). Solidaridad y cooperación. El surgimiento de la comunidad en torno a la enfermedad renal crónica. In F. J. Mercado-Martínez & E. Hernández-Ibarra (Eds.), *Crónica de la enfermedad renal. Voces que viven y escuchan el padecimiento*. Universidad de Guadalajara.

Thornberg, R., & Charmaz, K. (2014). Grounded Theory and theoretical coding. In U. Flick (Ed.), *Qualitative data analysis* (pp. 153-169). SAGE Publications.

AUTORES/AUTHORS:

Wilson Teixeira de Ávila[1]; Eda Schwartz[2], Larissa Fialho Machado[3], Kethelyn Costa Rodrigues[4], Luciana Rota Sena[5], Fernanda Lise[6]

[1]*Universidade Federal de Pelotas-* *https://orcid.org/0000-0003-2983-655X*

[2]*Universidade Federal de Pelotas e Fundação Universidade Federal do Rio Grande -*

https://orcid.org/0000-0002-5823-7858

[3]*Universidade Federal de Pelotas-https://orcid.org/0000-0002-0001-5654*

[4]*Universidade Federal de Pelotas-https://orcid.org/0009-0002-4754-2803*

[5]*Universidade Federal de Pelotas-* *https://orcid.org/0000-0003-4744-0372*

[6]*Universidade Federal de Pelotas e Oregon State Univesity-* *https://orcid.org/0000-0002-1677-6140*

TÍTULO/TITLE:

Rede de apoio social das pessoas com doença renal crônica em hemodiálise

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica; Diálise Renal; Apoio Social.

Introdução: A doença renal crônica é definida como uma lesão renal que ocasiona perda gradual e irreversível da função renal[1], causando impacto na qualidade de vida, afetando aspectos emocional, psicossocial e físicos das pessoas em hemodiálise[2].Considerando esses contextos, torna-se importante conhecer essas experiências vividas pelos pacientes com DRC em hemodiálise com o apoio social, a partir da questão de pesquisa: Quais os tipos de rede de apoio social do paciente em tratamento em hemodiálise?

Objetivos: Descrever as redes de apoio social do paciente em tratamento de hemodiálise.

Metodologia: Estudo qualitativo, apoiado nos conceitos de apoio social em quatro conceitos principais de acordo com suas dimensões: Apoio Social Emocional, Apoio Social Instrumental, Apoio Social Informacional e Apoio Social Cognitivo[3,4]. Esse estudo faz parte da pesquisa "Atenção à saúde nos serviços de terapia renal substitutiva da Metade Sul do Rio Grande do Sul", realizado entre 2016 e 2017, com financiamento do CNPq por meio do processo 442502/2014-1 e Chamada CNPq N º 12/2016 "Empoderamento e autonomia para pessoas dos serviços de terapia renal da metade sul do Rio Grande do Sul"- Bolsas de Produtividade em Pesquisa – PQ. Coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, nos serviços de terapia renal substitutiva, realizadas por pesquisadores com experiência e gravadas em áudio, nos municípios de Pelotas, Rio Grande, São Lourenço do Sul, Alegrete e Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil. Foi aprovado pelo Comité de Ética em Pesquisa sob o parecer de 1386385 e CAAE 516786153 00005316. A análise de dados foi de conteúdo do tipo dirigida[5] e se realizou através *software* Nvivo, sendo organizada conforme os

conceitos de apoio social e construção teórica baseado na revisão e dados empíricos das entrevistas, gerando os códigos e as categorias.

Resultados: Participaram do estudo 11 pessoas, sendo do sexo masculino (72,7%) e feminino (27,3%). Com idade entre 46 e 76 anos. Quanto ao estado civil, (9,1%) eram solteiros, casados (72,7%) e viúvo (18,2%). Quanto ao tempo de tratamento (54,5%) de 1 a 8 anos, de 14 a 24 anos (18,2%) e não informaram (27,3%). Evidenciou-se a partir das 11 entrevistas que rede de apoio se constituiu em apoio instrumental, emocional, informacional e cognitivo. O **apoio instrumental** esteve relacionado a administração de medicamentos, preparo de refeições, realização de tarefas domésticas, assistência financeira e de transporte para locomoção de casa até o serviço de hemodiálise. Na categoria do **apoio emocional** percebeu-se que os pacientes sentem necessidade de estar perto de famílias e amigos, sendo estes uma fonte de segurança e bem-estar. Além disso, a amizade entre os próprios pacientes, companheiros de sessões de hemodiálise, pode se tornar uma importante aliada no processo de enfrentamento da doença. Na categoria apoio **informacional** percebeu-se que esses pacientes tinham conhecimentos sobre a doença, levando-os a terem um maior cuidado sobre si, e aumentando a melhora da condução da doença. O **apoio cognitivo** esteve relacionado com uma postura ativa de incentivo, escuta, integração e reforço positivo oferecido por alguém que está muito ligado com a socialização, não só com amigos, familiares e equipe medica, mas com as esferas sociais que o rodeiam.

Discussão: Ter apoio nas atividades de vida diária como administração de medicamentos, afazeres domésticos, assistência financeira e transporte, demonstra ser um domínio importante para a qualidade de vida desses pacientes[6]. Além disso, a presença de familiares e amigos ajuda a lidar com o processo da doença e do tratamento, sendo umas das grandes fontes de controle emocional e pessoal para os pacientes[7,8].

Implicações para Prática: Conhecer as redes de apoio ao iniciar o tratamento, bem como, ao longo do acompanhamento se torna necessária para o bom andamento do tratamento, por isso, esses resultados são importantes para a prática clínica e o desenvolvimento das abordagens do profissional da área da saúde, na promoção da saúde dos pacientes renais crônicos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Riella, M. C. (2018). Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos. Guanabara Koogan.

1. Silva, S. M. da, Braido, N. F., Ottaviani, A. C., Gesualdo, G. D., Zazzetta, M. S., & Orlandi, F. de S. (2016). Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24(0). https://doi.org/10.1590/1518-8345.0411.2752.

2. Brito, R. C., & Koller, S. H. (1999). Redes de apoio social e afetivo e desenvolvimento. O mundo social da criança: Natureza e cultura em ação, 115130.

3. Due, P. (1999). Social relations: network, support and relational strain. Social Science & Medicine, 48(5), 661–673. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00381-5.

4. Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. Qualitative Health Research, 15(9), 1277–1288. Sagepub. https://doi.org/10.1177/1049732305276687.

5. Hall, R. K., Davenport, C. A., Sims, M., Colón-Emeric, C., Washington, T., St. Clair Russell, J., Pendergast, J., Bhavsar, N., Scialla, J., Tyson, C. C., Wang, W., Min, Y.-I., Young, B., Boulware, L. E., & Diamantidis, C. J. (2019). Association of functional and structural social support with chronic kidney disease among African Americans: the Jackson Heart Study. BMC Nephrology, 20(1). https://doi.org/10.1186/s12882-019-1432-9.

6. Alshraifeen, A., Al-Rawashdeh, S., Alnuaimi, K., Alzoubi, F., Tanash, M., Ashour, A., Al-Hawamdih, S., & Al-Ghabeesh, S. (2020). Social support predicted quality of life in people receiving haemodialysis treatment: A cross-sectional survey. Nursing Open, 7(5), 1517–1525. https://doi.org/10.1002/nop2.533.

7. Nascimento, M. E. B. do, Mantovani, M. de F., & Oliveira, D. C. de. (2018). Cuidado, doença e saúde: representações sociais entre pessoas em tratamento dialítico. Texto & Contexto - Enfermagem, 27(1). https://doi.org/10.1590/0104-07072018003290016.

Se declara que o estudo:

i. Recebeu a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa sob o parecer 1386385 e CAAE 516786153 00005316 e se obteve o consentimento informado dos participantes.

ii. Os autores não tem conflito de interesse.

i. Os autores não utilizaram inteligência artificial (IA) generativa e Tecnologias assistidas por IA no processo de elaboração.

AUTORES/AUTHORS:

Luz Adriana Meneses-Urrea 1,2, *, Manuel Vaquero-Abellán 3,4, Dolly Villegas Arenas 1,2, Narly Benachi Sandoval 1,5,6, Mauricio Hernández-Carrillo 7 and Guillermo Molina-Recio 4,8

1 Research Group “Health Care (Recognized by Colciencias)”, Universidad Santiago de Cali, Cali 760001, Colombia; dolly.villegas00@usc.edu.co (D.V.A.); nbenachi@clinic.cat (N.B.S.)

2 Department of Nursing, Universidad Santiago de Cali, Cali 760001, Colombia

3 IMIBIC GC12 Clinical and Epidemiological Research in Primary Care (GICEAP), 14014 Córdoba,

Spain; mvaquero@uco.es

4 Department of Nursing, Pharmacology and Physiotherapy, University of Córdoba, 14014 Córdoba, Spain

5 CAP Casanova, Consorci D’Atenció Primària de Salut Barcelona Esquerra, 08036 Barcelona, Spain

6 Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, University of

Bacelona, 08036 Barcelona, Spain

7 Facultad de Salud, Universtiy of the Valle, Cali 760001, Colombia; mauriciohc@gmail.com

8 Lifestyles, Innovation and Health (GA-16), Maimonides Biomedical Research Institute of Córdoba (IMIBIC), 14014 Córdoba, Spain

TÍTULO/TITLE:

Factores asociados al consumo de patrón industrializado en Colombia

Palabras claves

consumo de alimentos, factores socioeconómicos, alimentos industrializados, dieta

Objetivo

Determinar los factores asociados a la ingesta del patrón alimentario industrializado

Metodología: Estudio observacional, descriptivo de carácter exploratorio que utiliza datos secundarios a partir de la muestra conformada por 16.216 personas, entre los 15 y 64 años, que participaron en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia (ENSIN, 2015). Las variables independientes incluidas fueron: Área, rangos de edad, sexo, nivel educativo, Hipertensión (HTA), Diabetes (DM), Cáncer y cuartil de riqueza, la variable dependiente fue patrón alimentario industrializado. A partir de ellas, se obtuvieron los coeficientes asociados a cada variable, y los Odds Ratio (OR) ajustados, en donde la categoría de referencia de cada variable independiente fue la primera.

Se utilizaron como medidas de bondad de ajuste el R2 de Cox and Snell, Hosmer y Lemeshow test, y el Logarithm of the likelihood (LL) ,se generó modelos de regresión logística para cada patrón ; empleando la medida de asociación OR con su correspondiente intervalo de confianza del 95%.

Resultados

La mayoría de los participantes residían en la ciudad (74,6%) , el 57% eran mujeres, la franja de edad más frecuente (54%) era de 15 a 29 años, predomino los estudios entre primaria y secundaria (79,5%) , el 25.2% tenían hipertensión arterial, 1,6% diabetes mellitus y menos del 1% refirieron cáncer, en relación con el cuartil de riqueza el 45,4% se situaba en el primer cuartil de riqueza

Se llevó a cabo un proceso de modelización para el patrón industrializado que incluía ocho variables explicativas: zona de vivienda, rango de edad, sexo, nivel educativo, cuartil de riqueza, hipertensión arterial, diabetes y cáncer. Se obtuvo 3 modelos que incluían 3 variables con mayor relación estadísticamente significante con el patrón industrializado, como fue la educación primaria y secundaria (OR = 1.437; IC 1.270 - 1.626) el índice de riqueza el cuartil 4 tiene más probabilidades de consumirlo (OR=1.253; IC 1.041-1507) y la hipertensión (OR=1.2; IC 1074-1346)

Discusión

Se encontró asociación entre el consumo de patrón industrializado con el nivel educativo, cuartil de riqueza y referir hipertensión. En cuanto al nivel de estudios, la población entre primaria y secundaria tenía una mayor tendencia a consumir alimentos del patrón industrializado; coincidiendo con Lacko et al. en el que a menor nivel educativo mayor es la ingesta de alimentos con alto contenido en azúcar y alimentos envasados(1). La investigación evidenció que el Q4 de riqueza tenían más probabilidad de consumir el patrón industrializado; coincidiendo con Olinto et al. que encontró a mayor nivel socioeconómico mayor probabilidad de consumo de alimentos procesados (2), lo anterior difiere a lo encontrado por Coyle et al. donde los Australianos de mayor nivel socioeconómico tenían mayor consumo alimentos ultraprocesados (3) . Los participantes que declararon hipertensión tenían mayor probabilidad de consulto de alimentos industrializados; en estudio realizado Oliviera et al. se encontró asociación de alto consumo de ultra procesados y la incidencia de hipertensión en 4 años de seguimiento. (4) y coincide con Nardocci et al donde encontró que el consumo de ultraprocesados aumento en 60% la probabilidad de hipertensión (5)

El consumo de los alimentos que componen el patrón industrializado va en aumento y está relacionado con las enfermedades crónicas no transmisibles. La investigación es relevante para la implementación de estudios epidemiológicos que permitan asociaciones con enfermedades crónicas no transmisibles; y la planeación de intervenciones poblacionales que permitan la reducción del consumo de estos alimentos

Otros aspectos del trabajo

Consideraciones éticas

El estudio fue avalado por el Comité de Revisión de Ética Institucional de la Universidad Santiago de Cali. Acta de aprobación No. 11 del 29 de mayo de 2020. La base de datos utilizada fue autorizada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para realizar la investigación.

Los autores declarar no tener conflicto de intereses

Mesa 38: Metodologías cualitativas
Session 38: Qualitatives methods

AUTORES/AUTHORS:

Juliana Faquim

Federal University of Uberlândia, Brazil.

Western University, Canada.

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8205-1466

Email: jufaquim@gmail.com , juliana.faquim@uwo.ca

Camila Nonato Junqueira

Federal University of Uberlândia, Brazil.

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3296-0626

Mariana Hasse

Federal University of Uberlândia, Brazil.

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9074-7949

Laura Bezerra Borges

Federal University of Uberlândia, Brazil.

ORCID: https://orcid.org/0009-0007-7948-7147

Sany Karla Machado

Federal University of Uberlândia, Brazil.

ORCID: http://orcid.org/0000-0003-0777-5901

Mariana Pires Rempel

Federal University of Uberlândia, Brazil.

ORCID: https://orcid.org/0009-0004-4834-490X

Bárbara Dias Rezende

Federal University of Uberlândia, Brazil.

ORCID: http://orcid.org/0000-0002-5766-1147

Laura Costa

Federal University of Uberlândia, Brazil.

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8138-1578

TÍTULO/TITLE:

Life-Map Memoir: An Innovative Proposal for a Qualitative Research Methodology to Understanding Human Experiences in Different Contexts

Keywords:

Life-Map Memoir; Qualitative Methods; Visual Analysis; Drawing; Life Story**Objective(s):**

This study aims to explore the perspectives of incarcerated women in a Brazilian city

regarding their experiences within the prison system and their aspirations for the future.

Methods:

The study employed a descriptive and exploratory research methodology, focusing on incarcerated women in a prison system located in a city in Brazil. The research incorporated both qualitative[1,2] and quantitative methodologies, making it a mixed-methods study[3].

This study included women in a Brazilian city's closed-regime prison system. Crime kind did not influence selection. Only those who gave informed consent were included in the research. Women who declined to participate in the study or were confined to private quarters and secluded from community living by the jail unit were excluded.

Of the 106 imprisoned females, 83 met the inclusion criteria and were interviewed. Individual interviews were conducted in a reserved space to ensure privacy. In this initial approach, the research goals and procedures were explained, and willing participants signed informed permission forms. We used semi-structured interviews. Quantitative data was collected through interviews to determine participant profiles. The semi-structured interview included closed questions about sociodemographics, legal information, family history, education, employment, and health.

For qualitative study, 14 women were selected. The technical staff of the prison unit selected participants based on internal conduct and penalty reduction requirements. This stage took place in a private room for confidentiality and quiet, without interruptions.

In this qualitative approach, we proposed an innovative proposal of qualitative methodology[4,5] for research called Life-Map Memoir that enables an in-depth exploration of complex phenomena and offers significant perspectives to comprehend the human experience across multiple contexts. This present research methodology has the potential to be applied across various contexts wherever a significant event is involved and explore perceptions about the event through reports and the drawing of life-map records based on the theoretical conceptions of social and environmental psychology[6].

The Life-Map Memoir methodology facilitates comprehension of an individual's life narrative as expressed through linguistic expression, visual representations, metaphoric language, affective states, and emotional experiences. It is essential that all participants have undergone a significant experience that is common among them.

The methodology comprises a sequence of four distinct steps:

First session

A visual stimulus in the form of an object, drawing, or image is employed to stimulate conversation and get the perspectives of participants regarding the main ideas of the event. At this time, it is necessary to record the audio files for subsequent analysis.

a. What is the significance of this particular object, drawing, or image to your personal experience or perspective?

The investigator can ask the group event-related questions to start a discussion. Some prerequisites are important: precise question selection to guide discussion of the selected topic, small group enough so that all participants can express their ideas but large enough to ensure a consistent diversity of opinions, a careful listening and ensure equal participation.

Second session

The participants will be instructed by the researcher to create a comprehensive illustration that brings together their pertinent perspectives and emotions regarding their life prior to the event.

a. The participants will be requested by the researcher to clarify the structure and meaning of the drawing, as well as express their feelings towards it. At this time, it is necessary to record audio files for subsequent analysis.

b. The participants will be requested by the researcher to provide a set of five keywords that represent the emotions, qualities, or nouns associated with the drawing.

The procedures for the third and fourth sessions are identical to those of the second session, with the exception that in the third session, the illustrations pertain to the temporal aspect of the event being examined, while in the fourth session, the illustrations are intended to bring together the participants' personal aspirations for their future lives after the aforementioned event.

Images, verbal expressions, drawings, and keywords are used to study participants' perceptions and feelings about the life map before, during, and after the event. Each 90-minute session will allow participants to share their thoughts and feelings on the topic. All sessions should be audio recorded.

Life-Map Memoir promotes life history memory. Life-Map Memoir analyzes participants' statements, visual representations, and narratives. Sociological analysis of audio-recorded data begins with a critical analysis, then the

identification and classification of important categories, and finally a reflective interpretation of the findings. Illustration data should be visually analyzed.

Results:

Among the women interviewed, 11 (13.25%) were between 20 and 24 years old, which corresponds to the early working age category; the majority of participants, 71 (85.54%), were between the ages of 25 and 54, representing the maximum working age range; and only one participant (1.2%) was 61 years old in the mature working age range. The data shows that 25 women (30.12%) identified as white, 55 (66.26%) as black and brown, 1 (1.2%) as yellow, and 2 (2.40%) as indigenous.

In terms of psychoactive substance use, 63 women (75.90%) had done so in the past, while 20 women (24.10%) had not. Most typically, people smoke tobacco, then marijuana, alcohol, crack cocaine, and powdered cocaine. Drug overdoses occurred in 13 of 83 women.

Out of 83 female interviewees, 14 participated in the qualitative Life-Map Memoir study. This study described participants' personal views of their life trajectories, including their pre-imprisonment, incarceration, and post-incarceration perceptions and aspirations.

First session: a visual stimulus

In the first methodology session, a clock was used to spark conversation and gather participants' thoughts on the experience's primary points. For 90 minutes, the women shared their personal experiences about what the clock meant to them.

Women saw the clock as a symbol of time, but not in the usual sense of seconds, minutes, and hours. In their talks, the women showed that time may be subjectively divided by life events. They observed that one can live long in a small moment or nothing in a big one. Thus, time was defined by subjective experiences and consciousness rather than clocks.

... This object represents the time, the time ¡ invested badly, the time ¡ invested well, the time ¡ cannot recover, and the time ¡ must invest

forward. Right now, my time is stagnant..."

"... Time wasn't important before ¡ was arrested. Time is all ¡ have in jail. This place helped me reflect. After losing time out there, ¡ want to

rebuild. Whoever values time, values life..."

To ensure careful listening, a doll was employed as a "talking object", also known as a "talking piece = talk in peace." Only the person holding the talking object could speak. It allows listeners to focus on listening and not be distracted by thinking of giving an answer to what is being said. The talking object links circle members as it moves from hand to hand[7,8].

Second, third and fourth sessions: the drawings

In three sessions, they created three complete visual representations of their important perspectives and emotions about three moments: (1) their life before the event, (2) the event itself, and (3) their future visions after the event. The participant explained the drawing's structure and meaning and expressed their feelings. In this time, audio was recorded for analysis. Five keywords representing each drawing's emotions, traits, or nouns were submitted by participants.

Visual methodologies are an approach to qualitative research used to understand and interpret images[9,10], including drawings[11]. We collected 42 drawings, 14 of which depicted each participant's pre-incarceration life, 14 of their prison experiences, and 14 of their hopes for the future.

Data analysis

Visual and content analysis were used in our work to analyze three data sources. These sources contain the drawings, keywords that describe their feelings, and audio recordings with respective transcriptions. The audio recordings help participants explain the drawings' structure and meaning and communicate their emotions.

The research question investigated how women's drawings visually narrated a life trajectory in a timeline from the metaphorical "map of life".

Findings and interpretations

The past

The illustrations that depicted the period preceding the incarceration exhibited a prevalence of varied colours and elements of nature, like the sun, rivers, seas, waterfalls, rainbows, mountains, and birds. Drawings not only captured individual identity but also relational identity, especially family relationships in joyful moments.

Positive themes like family, love and freedom dominated their thoughts at this moment. Except for one participant, who described the painful experience of being arrested in front of her home. This person's drawing depicted her last memory before prison and included negative words like sadness and disappointment.

The present

Illustrations depicting the prison life were generally colourless. It was noticed that participants choose grey and black colours from the identical set of pens and colour pencils provided in all drawing sessions. Women's drawings revealed their incarceration experiences.

Most of the drawings depicted prison routines and cell layouts, with bars, handcuffs, and closed gates. Longing, disrespect, impotence, pain, loneliness, hunger, and despair were common keywords. Others have used friendship, learning, belief, and dream.

The future

The depictions of the participants' future life plans once again exhibit a predominance of many colours and elements from nature, such as trees, the sun, the sky, and birds. Furthermore, the illustrations often included portrayals of residences and familial relationships. Barbershops, clothing stores, and food sales were often portrayed as potential careers.

The most common terms were love, family, studies, children, friends, joy, persistence, and wisdom. One participant used the word "attention" to emphasize the importance of vigilance to prevent drug addiction relapses, especially given the challenges of finding work and reintegrating into society.

Discussion:

The current study has many highlights. This study introduces "The Life-Map Memoir" method for qualitative research to better comprehend life stories. To fully record and understand a person's life narrative, this approach uses language, visuals, metaphors, affective states, and emotions. Drawings and narratives from prison experience gave voice to imprisoned women and drive the topic into the spotlight, rather than relegating the experience to the corners where these stories are often silenced.

In summary, drawings and narratives serve as instruments for individuals to comprehend and interpret their lived experiences. The utilization of drawings as a research instrument has facilitated a more comprehensive investigation of the diversity of scenarios. The act of drawing requires individuals to engage in reflection, resulting in the creation of an image that represents their perspective on the given question at a specific moment. Drawing as a research method has the potential to explore challenging and multiple fields of social research.

1. Bibliographic references:

1. Eakin JM, & Gladstone B. “Value-adding” analysis: Doing more with qualitative data. International Journal of Qualitative Methods. 2020;19. Available from: https://doi.org/ 10.1177/1609406920949333.
2. Webster F, Gastaldo D, Durant S, Eakin J, Gladstone B, Parsons J, Peter E & Shaw J. Doing science differently: A framework for assessing the careers of qualitative scholars in the health sciences. International Journal of Qualitative Methods. 2019, 18. Available from: https://doi.org/10.1177/1609406919838676.
3. Creswell JW. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 2007, 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
4. Centre for Critical Qualitative Health Research. What is ‘Critical’? 2019. Available from: https://ccqhr.utoronto.ca/about-cq/what-is-critical/.

5. Shaw J, Gagnon M, Carson, A, Gastaldo D, Gladstone B, Webster F, & Eakin J. Advancing the Impact of Critical Qualitative Research on Policy, Practice, and Science. International Journal of Qualitative Methods. 2022; 21. Available from: https://doi.org/10.1177/16094069221076929.

7. Bastow S, Dunleavy P, & Tinkler J. The impact of the social sciences: How academics and their research make a difference. Sage; 2014.Boyes-Watson C. No coração da esperança: guia de práticas circulares: o uso de círculos de construção da paz para desenvolver a inteligência emocional, promover a cura e construir relacionamentos saudáveis / Carolyn Boyes-Watson, Kay Pranis; tradução: Fátima De Bastiani. [Porto Alegre : Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Artes Gráficas], c2011. 280 p.

8. Veloria C and Boyes-Watson C. "Learning in Circles: The Power of a Humanizing Dialogic Practice" Journal of Pedagogy, Pluralism and Practice. 2014; 6,1.

9. Barbour B. Introducing qualitative research: A student's guide. 2014, 2nd ed. London, England: Sage.

10. Gastaldo D., Rivas-Quarneti N., & Magalhães L. Body-map storytelling as a health research methodology: Blurred lines creating clear pictures. Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research. 2018;19(2),1-17. Available from: https://doi.org/10.17169/fqs-19.2.2858.

11. Brown A, Spencer R, McIsaac JL, & Howard, V. Drawing Out Their Stories: A Scoping Review of Participatory Visual Research Methods With Newcomer Children. International Journal of Qualitative Methods, 2020; 19. Available from: https://doi.org/10.1177/1609406920933394.

Other aspects of the work:

The study received approval from the Research Ethics Committee at the Federal University of Uberlândia and is registered with Brazil Platform (CAAE: 46692521.8.0000.5152). Every individual involved in the study provided their signature on the informed consent document.

The authors declare that there are no competing or potential conflicts of interest.

The present study was supported by financial resources provided by the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Mesa 39: Desigualdad en salud
Session 39: inequiality in health

AUTORES/AUTHORS:

Athenea Osuna Sillero Vivir, RN. Departamento de Enfermería, Farmacología y Fisioterapia. Universidad de Córdoba

María del Rocío Jiménez Mérida, RN, MSc, PhD. Departamento de Enfermería, Farmacología y Fisioterapia. Universidad de Córdoba

Jose Manuel Alcaide Leyva, RN, MSc. Departamento de Enfermería, Farmacología y Fisioterapia. Universidad de Córdoba

Pedro Ventura Puertos, RN, MSc, PhD. Departamento de Enfermería, Farmacología y Fisioterapia. Universidad de Córdoba

Pablo Martínez Angulo, RN, MSc, PhD. Departamento de Enfermería, Farmacología y Fisioterapia. Universidad de Córdoba

Rafael Molina Luqe, RN, MSc, PhD. Departamento de Enfermería, Farmacología y Fisioterapia. Universidad de Córdoba

Vanesa Cantón Habas, RN, MSc, PhD. Departamento de Enfermería, Farmacología y Fisioterapia. Universidad de Córdoba

TÍTULO/TITLE:

Vivir con dolor incapacitante: Experiencias de mujeres con endometriosis

Palabras clave: Enfermería; Dolor crónico; Mujeres.

Objetivos

La endometriosis es una enfermedad compleja que cursa con dolor crónico debido al crecimiento de tejido endometrial en una zona distinta al endometrio. Es una patología que cursa con grandes limitaciones en la vida de la mujer, pudiendo llegar a ser incapacitante. El objetivo del estudio es conocer las experiencias de mujeres con dolor crónico causado por la endometriosis.

Métodos

Estudio cualitativo fenomenológico. Se llevaron a cabo 7 entrevistas. El análisis de la narrativa verbal/no verbal se realizó siguiendo los tres niveles de análisis de Ricoueur. Por tanto, en primer lugar, se llevó a cabo una selección y recopilación de los códigos libres de citas, para continuar con una relectura del corpus para constatar si no se ha tenido

en cuenta algún dato de interés. En el segundo nivel de análisis, se clasificaron los códigos libres en los temas principales. Por último, en el tercer nivel, cuyo objetivo fue llegar a un conocimiento más profundo sobre cómo afecta la endometriosis a estas pacientes, se completó el "arco hermenéutico" a través de un proceso de síntesis. Este análisis fue realizado con la ayuda de los programas Word 2016 y NVivo.

Resultados

La presencia de dolor crónico a temprana edad es el factor que interviene en la calidad de vida de estas mujeres. Esto motiva la percepción de pérdida de años de calidad de vida y de empeoramiento de la patología tras su diagnóstico. Además, la presencia de este dolor ha causado problemas relacionados con ansiedad y síntomas depresivos a algunas de las participantes. Por otro lado, su satisfacción sexual durante las relaciones se ha visto disminuida, especialmente durante la penetración, afectando significativamente a sus relaciones de pareja, y, por consiguiente, haciéndolas sentir culpables. La productividad laboral/estudios ha sido otro tema que han destacado las entrevistadas, marcándolas como "débiles" y sintiéndose incomprendidas por su entorno. Por último, destacar las malas experiencias con el personal sanitario durante todo el proceso de la enfermedad.

Discusión/implicaciones para la práctica

Este estudio esclarece la infravaloración de las patologías ginecológicas, especialmente de la endometriosis, así como la banalización de la sintomatología relacionada. Las enfermeras tienen el deber de tomar el liderazgo en el seguimiento de pacientes con patologías crónicas, aportando unos cuidados holísticos e individualizados.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Bulun SE, Yilmaz BD, Sison C, Miyazaki K, Bernardi L, Liu S, Kohlmeier A, Yin P, Milad M, Wei J. Endometriosis. Endocr Rev. 2019, vol 1;40(4):1048-1079. doi: 10.1210/er.2018-00242.

Sachedina A, Todd N. Dysmenorrhea, Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2020;12(Suppl 1):7-17. Doi: 10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0217.

Yela DA, Quagliato IP, Benetti-Pinto CL. Quality of Life in Women with Deep Endometriosis: A Cross-Sectional Study. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(2):90-95. doi: 10.1055/s-0040-1708091.

Grundström H, Alehagen S, Berterö C, Kjølhede P. Impact of Pelvic Pain and Endometriosis on Patient-Reported Outcomes and Experiences of Benign Hysterectomy: A Study from the Swedish National Register for Gynecological Surgery. J Womens Health (Larchmt). 2018 May;27(5):691-698. doi: 10.1089/jwh.2017.6546.

Grand TS, Basarir H, Jackson LJ. The cost-effectiveness of oral contraceptives compared to 'no hormonal treatment' for endometriosis-related pain: An economic evaluation. PLoS One. 2019 Jan 30;14(1):e0210089. doi: 10.1371/journal.pone.0210089.

Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad [internet]. Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Informes, estudios e investigación. 2013. Disponible en: ENDOMETRIOSIS (sanidad.gob.es)

Bień A, Rzońca E, Zarajczyk M, Wilkosz K, Wdowiak A, Iwanowicz-Palus G. Quality of life in women with endometriosis: a cross-sectional survey. Qual Life Res. 2020 oct; 29(10): 2669-2677. Doi: 10.1007/s11136-020-02515-4.

Youseflu S, Jahanian Sadatmahalleh S, Roshanzadeh G, Mottaghi A, Kazemnejad A, Moini A. Effects of endometriosis on sleep quality of women: does life style factor make a difference? BMC Womens Health. 2020 Aug 10;20(1):168. doi: 10.1186/s12905-02001036-z.

Sperschneider ML, Hengartner MP, Kohl-Schwartz A, Geraedts K, Rauchfuss M, Woelfler MM, Haeberlin F, von Orelli S, Eberhard M, Maurer F, Imthurn B, Imesch P, Leeners B. Does endometriosis affect professional life? A matched case-control study in Switzerland, Germany and Austria. BMJ Open. 2019 Jan 9;9(1):e019570. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019570.

AUTORES/AUTHORS:

María José de Dios Duarte, Andrés Arias Astray, Ana Barrón López de Roda

TÍTULOS/TITLES:

Estrés percibido, enfermedad de Crohn y diversidad

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica de origen desconocido que cursa con inflamación del tubo digestivo y afecta, o al menos puede afectar, desde la boca hasta el ano. El estrés psicológico es el resultado de la relación entre el sujeto y el entorno, evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Por tanto, la situación personal, influye en el nivel de estrés y a su vez en las circunstancias que la persona debe afrontar. Resulta conveniente, por tanto, conocer la diversidad de las circunstancias que rodean al paciente y observar de qué modo se relacionan con la variable estrés.

OBJETIVO

Analizar y estudiar la diversidad en las personas con Enfermedad de Crohn y observar su relación con el nivel de estrés que presentan.

METODOLOGÍA

Este estudio se realizó en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid y en la Asociación de enfermos de Crohn de la Comunidad de Madrid. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico que incluye las variables de edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral y la Escala de Estrés Percibido (PSS-14).

El análisis estadístico se realizó a través de medidas porcentuales, tablas personalizadas y análisis MLG multivariante.

RESULTADOS

El análisis porcentual dio como resultado nivel más elevado de estrés en los hombres en la categoría de nivel alto (43,3%) y en las mujeres en nivel moderado (52,9%). El nivel alto (66,7%) y muy alto de estrés (33,3%) se mide en los hombres divorciados o separados y es estadísticamente significativo respecto al de las mujeres (N. estrés alto- p=.006; N. Estrés muy alto- p=.019). Por otro lado, en los hombres aparecen niveles muy altos de estrés cuando han cursado estudios de bachillerato y universitarios superiores. Resultando ser estos estadísticamente significativos (p=.008). En lo concerniente al rango de edad los niveles de estrés altos destacan en los hombres en edades adolescente, joven y madura. Estos resultados son estadísticamente significativos (p=.014). También lo son en lo relativo a los niveles de estrés muy altos (p=.002) en el caso de los hombres respecto a las mujeres en edades joven y adulta.

DISCUSIÓN

Ante los resultados encontrados se puede concluir que son necesarias intervenciones para manejar el estrés tanto en hombres como en mujeres que padecen Enfermedad de Crohn. También que estas intervenciones resultan más necesarias en hombres con Enfermedad de Crohn cuyo estado civil es divorciado o separado. Además, se ha comprobado que los hombres con estudios superiores y de bachillerato precisan más de intervenciones dirigidas a manejar el estrés y quizás a las búsquedas que realizan sobre la enfermedad y fuentes de datos utilizadas. En cuanto al rango de edad

destaca la necesidad de intervenciones dirigidas a disminuir los niveles de estrés en los hombres en edades adolescente, joven y madura.

Palabras clave: Enfermedad de Crohn, estrés, sexo, estado civil, nivel de estudios, edad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

González Lara, V. (2001). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. Madrid: Ergon.

Lazarus, RS, Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca.

Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Spanish Journal of Psychology*, 9(1): 86-93.

Mesa 40: Envejecimiento, fragilidad y salud mental
Session 40: Aging, fragility and mental healthSession

AUTORES/AUTHORS:

- Franco Rodriguez, Jesús
- Olivet de la Fuente, Victoria Eugenia
- Perez Nieto, Julia
- García Peña, Cristina
- Dengan García, Cristina
- García Maldonado, Alba
- Vaca Bachiller, Maria Asunción
- Aranda Martin, Mercedes

TÍTULO/TITLE:

Influencia de la dentición en el estado nutricional en pacientes geriátricos en medicina interna

PALABRAS CLAVE:

Desnutrición, salud bucodental, hospitalización, anciano frágil, medicina interna.

OBJETIVO:

Valorar el estado de salud bucodental de todos los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna y la influencia que existe entre su estado dental y nutricional.

INTRODUCCIÓN

La malnutrición es uno de los grandes síndromes geriátricos y un factor importante de fragilidad. El riesgo que existe en un paciente frágil aumenta por cada año vivido que presenta el anciano y conforme se va deteriorando su estado de salud.

A lo largo de la vida el estado nutricional juega un papel fundamental en el crecimiento y desarrollo del ser humano. Las personas de edad avanzada comen menos y su ingesta de nutrientes está por debajo de sus recomendaciones.

Asociado a la mala nutrición se encuentran los problemas de salud bucal. La incapacidad masticatoria provoca modificaciones en los hábitos dietéticos con tendencia a sustituir estilos saludables.

La pérdida de piezas dentarias naturales y la falta de uso de prótesis bien ajustadas limitan el aporte adecuada de fibras y proteínas provocando un riesgo de malnutrición en el anciano. La calidad de vida de las personas ancianas se ve influenciada por la pérdida de piezas dentarias.

Según la bibliografía consultada, se sabe que la desnutrición en los hospitales es un problema de elevada importancia, muy prevalente y con influencia negativa en los pacientes hospitalizados, en medicina interna. Se ha demostrado que, por la pérdida de dientes, existe una diferencia significativa en la salud y calidad de vida.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo esta investigación, se realiza un estudio transversal, descriptivo y observacional. Se lleva a cabo durante el 1 de noviembre de 2022 y 31 de enero de 2023 en la unidad de medicina interna 3.0 y atendidos en UCA. Se cuenta con una muestra de 323 pacientes mayores de 65 años ingresados en medicina interna del HURH. La muestra probabilística se realiza en base a una población desconocida con un nivel de confianza del 95%, precisión del 5% y una proporción del 30% de ancianos se encuentran desnutridos en España, según la bibliografía.

En relación a los sujetos incluidos valoramos las siguientes variables estudiadas:

- Epidemiológicas: sexo, edad, lugar de procedencia (centro sociosanitario, domicilio particular)
- Clínicas: motivo de ingreso, patologías del paciente y tratamiento farmacológico.
- Antropométricas: peso, talla, IMC, circunferencia braquial, circunferencia pantorrilla.
- Medida de fuerza con dinamómetro hidráulico.
- Bioquímicas: proteínas totales (g/dL), albúmina (g/dL), colesterol total (mg/dL) y linfocitos (x103 µL), función renal (urea, creatinina, ácido úrico).
- Se observará si el paciente presenta edema, ascitis o UPP.
- Screening nutricional: MNA-SF en las primeras 24-48 horas de ingreso.
- Escalas habituales de valoración por enfermería: Barthel, Braden y Downton.

Se realiza un análisis de datos descriptivos usando frecuencias y un análisis bivariante para la asociación entre variables con Chi-cuadrado, Kruskal- Wallis y correlación en función del tipo de variable usando SPPS y Excel.

RESULTADOS

El tamaño muestral es de 323 individuos; 50,3% son hombres, 49,7% son mujeres con edad media de 84 años.

El 42,8% de la muestra corre riesgo de malnutrición, 27,4% la posee y un 29,8% tiene un buen estado nutritivo.

La asociación entre estado dental y estado nutricional (MNA) es significativa con valores de Chi-cuadrado $p<0,001$. El 65% de los pacientes que carecen de dientes presentan desnutrición, frente al 4% de pacientes desnutridos con dentición completa.

Se encontró significatividad entre la edad de los pacientes y el estado nutricional, con valores en la prueba de Kruskal-Wallis p=0,014. Por lo tanto, aquellos pacientes con mayor edad presentan una deficiente nutrición ocasionada por la falta de dentición.

Según el análisis de correlación de Spearman, existe una correlación negativa entre la edad y la puntuación entre la edad y el MNA, siendo esta p<0,001. Esto significa que a mayor edad presentan mayor riesgo de malnutrición.

Se realizó el mismo análisis para medir la correlación entre IMC y escala MNA existiendo una correlación positiva p<0,001. Esto significa que a medida que la puntuación aumenta, el IMC tiende a aumentar.

Las escalas protocolarizadas a nivel hospitalario (Barthel, Downton y Braden) muestran valores estadísticamente significativos en el análisis de correlación de Spearman p<0,001. Según la escala de valoración Barthel, el 54% con dependencia total con respecto al 8% con independencia en relación a su estado nutricional. Esto puede deberse a la fragilidad, deficiente valoración del profesional sanitario o a la debilidad muscular.

Según la escala Downton, el 32% presenta alto riesgo de caídas con respecto al 14% sin riesgo de caídas se asocia al estado nutricional.

En el estudio realizado a través de la escala Braden, se observa un 100% de riesgo muy grave de úlceras por presión con respecto al 12 % sin riesgo a presentarlas en relación al estado nutricional.

No se encuentran valores significativos en el sexo y estado nutricional p=0,071 ni en el estado dental y el IMC p=0,254. Por lo que ser hombre o mujer no presenta ninguna alteración con respecto a la falta de dentición/ estado nutricional.

DISCUSIÓN

En ancianos, la desnutrición puede deberse a múltiples factores como los cambios fisiológicos, donde incluiríamos el estado dental, factores psicosociales, económicos y culturales o factores patológicos (5) debido a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas en esta etapa de la vida, cuyos tratamientos farmacológicos pueden disminuir el apetito y la salivación (1). En el estudio de Clausell Ruiz M et al. se objetivó que el mayor porcentaje de manifestaciones bucales se encontraban en la muestra de los pacientes desnutridos, siendo la más frecuente la xerostomía (2).

Tal y como muestra la bibliografía, se han encontrado relaciones significativas entre el estado dental y el estado nutricional (4). La falta de piezas dentales, prótesis mal adaptadas o su deterioro afectan al estado nutricional del paciente (1, 2, 3) ya que modifican los hábitos dietéticos en gran medida, imposibilitando la ingestión de diversos alimentos (3, 6). Durante esta etapa, también disminuye significativamente la percepción de sabores, de la dureza y la textura de los alimentos, decreciendo el interés por alimentarse (2). Por tanto, la unión de todos estos factores puede conllevar un mayor riesgo de desnutrición.

Durante el desarrollo de este estudio encontramos un elevado número de pacientes que carecen de prótesis correctamente adaptadas o de un número suficiente de piezas dentarias. Se corrobora también la relación entre edad

de los pacientes y estado nutricional y dental objetivando que, a mayor edad, mayor riesgo de desnutrición y peor estado dental. Sin embargo, ante los hallazgos encontrados nos ha llamado la atención la no presencia de diferencias significativas entre el IMC y el estado dental.

Se concluye que el número de piezas dentales es un factor de riesgo que determina el estado nutricional de los pacientes. Se evidencia la necesidad de valorar de forma sistemática el estado dental y capacidad de masticación como factor influyente en el estado nutricional permitiendo adecuar la dieta en base a sus necesidades el ingreso como estrategia inicial entre otras para el abordaje de la sarcopenia en el paciente anciano ingresado.

BIBLOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

(1) Bolaños, R. N. (2014). Malnutrición en pacientes geriátricos con pérdida de piezas dentales y uso de prótesis removible. Panamá. Recuperado el 29 de mayo de 2023, de https://repositorio.ulacit.ac.cr/bitstream/handle/123456789/988/043491.pdf?sequence=1

(2) Clausell Ruiz, M. (2019). Manifestaciones bucales de desnutrición en adultos mayores. Recuperado el 29 de mayo de 2023, de http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/viewFile/295/97

(3) Meguro, A., Ohara, Y., & Iwasaki, M. (2021). Denture wearing is associated with nutritional status among older adults requiring long-term care: A cross-sectional study. National Library of Medicine. Recuperado el 29 de ayo de 2023, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8739738/#:~:text=Denture%20use%2C%20lip%2Dclosure%20ability,function%20contributes%20to %20nutritional%20status

(4) Nubia, A., & Estrada-Restrepo. (2019). Malnutrición y su relación con aspectos de salud en adultos. Nutrición clínica y dietética hospitalaria. doi:10.12873/392giraldo

(5) Ritchie, C., & Yukawa, M. (2021). Nutrición geriátrica: problemas nutricionales en adultos mayores. UpToDate. Recuperado el 29 de mayo de 2023, de https://www.uptodate.com/contents/geriatric-nutrition-nutritional-issues-in-older-adults

(6) Salgado Palacios., I. d., Herrera Fajardo, L., & Sallago Vidal, M. (2022). Asociación entre desnutrición y anciano. Sanum. Recuperado el 29 de mayo de 2023, de https://revistacientificasanum.com/articulo.php?id=148

AUTORES/AUTHORS:

María Morales-Cabanillas[1,2,3], Manuel Rich-Ruiz[1,2,3], Mª Pilar Carrera-González[1,2,3,4], Vanesa Cantón-Habas[1,2,3], Mª José Ramos-Cerro[5].

Filiaciones institucionales:

1 Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)

2 Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad de Córdoba (UCO)

3 Hospital Universitario Reina Sofía (HURS), Córdoba, España.

4 Grupo de Investigación en Fisiopatología Clínica y Experimental CTS-1039, Departamento de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén.

5 Unidad de Gestión Clínica (UGC) Hinojosa del Duque.

TÍTULO/TITLE:

Vinculación de los niveles de hemoglobina glicosilada con el deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años

Palabras clave: hemoglobina glicosilada, diabetes mellitus, deterioro cognitivo, demencia, personas mayores.

Introducción

El incremento del envejecimiento poblacional conlleva un aumento en la prevalencia de afecciones crónicas que con frecuencia coexisten en las personas mayores, entre las que se incluyen la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) y la demencia[1,2].

La DMT2 es una enfermedad metabólica compleja cada vez más frecuente en la sociedad[3]. Una de las pruebas utilizadas para el diagnóstico de la DMT2 es la determinación de la hemoglobina glicosilada (HbA1c), que refleja las concentraciones promedio de glucosa en sangre durante los últimos 2 o 3 meses. Un aumento en los niveles de HbA1c, se asocia con complicaciones micro y macrovasculares relacionadas con la diabetes, desde retinopatías, nefropatías y neuropatías hasta enfermedad coronaria o cerebrovascular, siendo un potente predictor de estas complicaciones[1].

Por otra parte, la demencia es considerada una de las enfermedades neurodegenerativas más comunes en todo el mundo y una de las principales causas de pérdida de salud para las personas, en términos de discapacidad, y de sobrecarga para los sistemas sanitarios, en términos de gasto sanitario[4]. Entre las demencias, la enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo más común, seguida de la demencia vascular[2].

Teniendo en cuenta que estudios previos relacionan ambas patologías, DMT2 y demencia/ EA, situando a la primera como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo y posterior demencia en la persona mayor[3,5], el objetivo de este estudio es conocer la posible relación temporal de la DMT2 con el grado de

deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años, utilizando como indicador de control glucémico los niveles de HbA1c.

Métodos

El diseño empleado ha sido un estudio observacional longitudinal, retrospectivo, realizado en los Centros de Salud y Centros Sociosanitarios del Área Sanitaria Norte de Córdoba. Se han estudiado un total de 50 personas mayores de 65 años con deterioro cognitivo [puntuaciones ≥ 3, siguiendo la escala de Pfeiffer (SPMSQ)] al menos 6 meses antes de la inclusión en el estudio. Se recogieron datos sociodemográficos básicos, deterioro cognitivo y parámetros analíticos (durante los 10 últimos años). Para ello se accedió a la historia clínica digital de los sujetos. La recogida de datos se realizó entre noviembre de 2022 y mayo de 2023. Los datos recogidos fueron cegados para el análisis.

Se ha utilizado estadística descriptiva para resumir las características de la muestra, presentando los resultados como media ± error estándar y frecuencias. Respecto a la prueba estadística utilizada para evaluar las diferencias en los niveles de HbA1c entre tres grupos de deterioro cognitivo (leve, moderado y grave) fue la prueba Chi-cuadrado. En todos los casos se solicitó consentimiento informado.

Resultados

Los sujetos estudiados eran mayoritariamente mujeres (n=38; 76%) con una media de edad de 85 años. Del total de los participantes, el 56% eran viudos, convivían en el 50% de los casos con algún hijo u otra familia y el 84% habían cursado estudios primarios incompletos. Además, el 30% de los sujetos tenían deterioro cognitivo leve (puntuaciones de 3-4 según la escala SPMSQ), el 46,66% deterioro cognitivo moderado (puntuaciones de 5-7 según la escala SPMSQ) y el 23,33% deterioro cognitivo severo (puntuaciones de 8-10 según la escala SPMSQ).

Respecto a la relación de los niveles de HbA1c con el deterioro cognitivo, los datos reflejan una diferencia estadísticamente significativa [con un valor p de 0,0027] entre los grupos de deterioro cognitivo leve [media=6,7567 ± desviación típica 0,73], moderado [media=6,2464 ± desviación típica 0,56], y severo [media=7,4100 ± desviación típica 0,73]. Estos datos confirman que la media de los niveles séricos de HbA1c en los 10 últimos años difieren significativamente en los grupos de personas mayores con deterioro cognitivo leve y moderado respecto a aquellas que tienen deterioro cognitivo severo.

Discusión

Teniendo en cuenta que el control de los niveles de HbA1c se considera la herramienta de elección para el manejo de la DMT2, y que estimaciones de estudios recientes muestran que ésta es un factor de riesgo en el deterioro cognitivo y, en último término, en la demencia[6], los resultados del presente estudio cobran especial relevancia, puesto que apoyan esta relación de antecedencia. De este modo, nuestros hallazgos complementan estudios previos que han observado cómo un aumento en los niveles de HbA1c y, por tanto, un peor control glucémico, se asocia con una función cognitiva más deficiente[5] y un mayor riesgo de demencia[3].

Pero, además, estos resultados tienen importantes implicaciones clínicas, puesto que, al no existir un tratamiento eficaz para la demencia, la detección precoz del deterioro cognitivo y la prevención de esta patología cobran especial relevancia[3]. En este sentido, los resultados del presente estudio parecen apoyar el correcto seguimiento de la DMT2 en atención primaria como una forma de complementar/ contribuir a la prevención de esta patología. Además, y llegados a este punto, también es importante resaltar el transcendental papel que juegan las enfermeras en el seguimiento de la diabetes (y la consecuente prevención del deterioro cognitivo) a través del programa de atención a personas con riesgo de diabetes o con diabetes en atención primaria y el importante impacto que éstas pueden tener en el mantenimiento de una salud cerebral óptima en los adultos mayores[5,7].

En cualquier caso, también hemos de indicar que otros estudios que han investigado esta asociación no han podido encontrar una posible relación[2], mientras que otros han generado resultados contradictorios[1]. Hemos de considerar que estos hallazgos no son sino el resultado de una primera aproximación que forma parte de un estudio más profundo sobre la asociación de determinadas patologías y parámetros analíticos con la aparición de deterioro cognitivo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

3. Gungabissoon U, Broadbent M, Perera G, Ashworth M, Galwey N, Stewart R. The impact of dementia on diabetes control: An evaluation of HbA1c trajectories and care outcomes in linked primary and specialist care data. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2022 [citado el 18 de septiembre de 2023];23(9):1555-1563.e4. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35661655/

4. Wium-Andersen IK, Rungby J, Jørgensen MB, Sandbæk A, Osler M, Wium-Andersen MK. Risk of dementia and cognitive dysfunction in individuals with diabetes or elevated blood glucose. Epidemiol Psychiatr Sci [Internet]. 2020 [citado el 18 de septiembre de 2023];29(e43). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31455437/

13. Celis-Morales CA, Franzén S, Eeg-Olofsson K, Nauclér E, Svensson A-M, Gudbjornsdottir S, et al. Type 2 diabetes, glycemic control, and their association with dementia and its major subtypes: Findings from the Swedish National Diabetes Register. Diabetes Care [Internet]. 2022 [citado el 18 de septiembre de 2023];45(3):634–41. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35077536/

5. Yu Z-B, Zhu Y, Li D, Wu M-Y, Tang M-L, Wang J-B, et al. Association between visit-to-visit variability of HbA1c and cognitive decline: a pooled analysis of two prospective population-based cohorts. Diabetologia [Internet]. 2020;63(1):85–94. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s00125-019-04986-8

6. Dyer AH, Briggs R, Laird E, Hoey L, Hughes CF, McNulty H, et al. Glycated haemoglobin (HbA1c), diabetes and neuropsychological performance in community- dwelling older adults. Diabet Med [Internet]. 2021 [citado el 18 de septiembre de 2023];38(11). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34343367/

7. Hosny SS, Bahaaeldin AM, Khater MS, Bekhet MM, Hebah HA, Hasanin GA. Role of inflammatory markers in elderly type 2 diabetic patients with mild cognitive impairment. Curr Diabetes Rev [Internet]. 2019 [citado el 18 de septiembre de 2023];15(3):247–253. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29683094/

8. Gadot T, Azuri J. Diabetes control in the community, under the management of a diabetes-clinic nurse specialist, and the effect of a parallel diabetologist advice. J Prim Care Community Health [Internet]. 2023 [citado el 18 de septiembre de 2023];14:215013192311623. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36964679/

Otros aspectos del trabajo

i. El presente estudio ha contado con el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación Provincial de Córdoba.

ii. Los autores del mismo no tienen conflicto de intereses.

iii. En ningún caso se ha utilizado inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por la IA en el proceso de redacción.

AUTORES/AUTHORS:

- *Borja Jesús Herraiz Ahijado*. Centro de Salud Baviera. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3399-6188
- *María del Carmen Folguera Álvarez*. Centro de Salud La Paz. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3600-2791
- *Grupo de Investigación "Piernas Activas"*: *Pilar Raquel Lebrancon Cortés, Marta Berrocal García, Mónica Rodríguez Vegue, Laila El Jundi Carrasco, Esther González Prado, Rocío López Sánchez, María Belén Pose García, Eva Rocío Muñoz Caballero, Belén Peláez Raposo, María Jesús Calvo Martínez, Virginia Prado Fidalgo, David Villamañan Lobo, José David Arroyo Romero, Beatriz Navarro Mallén, María José Hita Urias, María Remedios Laguna Prados, Beatriz Valdivielso Fernández de Valderrama, Araceli Rubio Álvarez, Julia de las Pozas Abril.*

TÍTULO/TITLE:

Actividad física en pacientes con úlceras venosas incluidos en un ensayo clínico.

Palabras Clave: Úlcera varicosa, Cicatrización de heridas, Ejercicio físico, Enfermería, Atención primaria de salud, Envejecimiento.

Objetivo: Describir la actividad física basal, realizada por los pacientes con úlceras venosas incluidos en un ensayo clínico aleatorio, cuyo objetivo es evaluar la efectividad de una intervención educativa estructurada en ejercicio físico y deambulación diaria como tratamiento coadyuvante del tratamiento habitual, en la cicatrización de las úlceras venosas en atención primaria.

Métodos: Ámbito: 23 centros de salud de la Comunidad de Madrid.

Población de estudio: pacientes mayores de 18 años con úlceras venosas incluidos en ensayo clínico (cumplen criterios de elegibilidad y aceptan participar). Muestra: 42 pacientes

Variables: sociodemográficas, clínicas y actividad física de los pacientes.

El estado basal de cicatrización de las úlceras se ha medido con la escala Resvech 2.0, esta escala valora la evolución de la cicatrización de la úlcera mediante la puntuación de una serie de ítems como son: dimensiones de la úlcera, profundidad/tejidos afectados, bordes, tipo de tejido en el lecho de la herida, exudado y signos de infección/ inflamación (signos-Biofilm), siendo el peor estado posible una puntuación de 35 y la cicatrización completa 0.

El nivel de actividad física se ha medido con la versión reducida en español y validada, del cuestionario de actividad física en el tiempo libre de Minnesota (VREM). Personas muy activas (gasto energético superior a 5.000 MET-min/14 días), activas (entre 3.000 y 4.999 MET-min/14dias), moderadamente activas (entre 1.250 y 2.999 MET-min/14 días) y sedentarias (MET-min/14 días inferior a 1.250).

Para medir el dolor debido a las úlceras, se ha utilizado la escala Escala Visual Analógica del dolor (EVA). Sin dolor: 0, dolor leve: 1-3, dolor moderado entre 4 y 7, dolor intenso 8-10.

Análisis estadístico: las variables cualitativas fueron descritas con frecuencias y porcentajes, y las variables cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión. Chi-cuadrado y t-test.

Resultados: Edad media 72 años, mujeres 50%. 62% tienen un nivel de estudios bajo. 28,6% vive solo. 28.6% son amas de casa y 42,95% jubilados. Existe una relación estadística significativa $p<0,05$ entre género y ocupación.

IMC medio 31. Tienen una deambulación independiente un 78,6%, VREM medio es de 3977,17 MET-min/14 días, (21,4% son sedentarios, activos 23,8%, moderadamente activos 23,8% y 31% muy activos).

Puntuación media EVA 4,12 (47,6%, presentan dolor moderado y dolor leve 38,1%). Las mujeres tienen una puntuación media EVA 5,24 frente a 3 en los hombres, $p<0,05$.

40,5% presentan úlceras recidivantes. Presentan una media de 1,62 úlceras venosas. El tiempo medio con las úlceras venosas es 50,76 días. Resvech 2.0 medio 12,45. 59,5% presentan una úlcera de origen espontáneo. 78,6% utilizan como tratamiento la terapia compresiva multicapa y multicomponente.

Discusión: Las características sociodemográficas de los pacientes y características de las úlceras coinciden con las descritas en la bibliografía: edad media mayor de 65 años, con nivel de estudios bajo, obesidad, dolor moderado y tiempo medio de evolución de la úlcera de más de 50 días.

La mayoría de los pacientes son independientes para caminar y presentan un nivel de actividad física basal activa.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

-Herraiz-Ahijado B, Folguera-Álvarez C, Verdú-Soriano J, Mori-Vara P, Rico-Blázquez

M. Active legs: Impact of physical activity as an adjuvant treatment in the healing of venous ulcers in primary care: a RCT protocol study. BMC Nurs. 2023 Mar 10;22(1):65. doi: 10.1186/s12912-023-01214-y. PMID: 36899351; PMCID: PMC9999587.

- O'Brien J, Finlayson K, Kerr G, Edwards H. Evaluating the effectiveness of a self-management exercise intervention on wound healing, functional ability and health-related quality of life outcomes in adults with venous leg ulcers: a randomised controlled trial. Int Wound J. 2017 Feb;14(1):130-137. doi: 10.1111/iwj.12571. Epub 2016 Jan 27. Erratum in: Int Wound J. 2022 Jan;19(1):230. PMID: 26817648; PMCID: PMC7949716.

- Smith D, Lane R, McGinnes R, O'Brien J, Johnston R, Bugeja L, Team V, Weller C. What is the effect of exercise on wound healing in patients with venous leg ulcers? A systematic review. Int Wound J. 2018 Jun;15(3):441-453. doi: 10.1111/iwj.12885. Epub 2018 Feb 15. PMID: 29446252; PMCID: PMC7950049.

- Marinel.lo Roura J, Verd. 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.
- Restrepo Medrano JC. Instrumentos de monitorización clínica y medida de cicatrización en úlceras por presión (UPP) y úlceras de la extremidad inferior (UEI). Desarrollo y validación de un índice de medida. [tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2010.
- Ruiz Comellas A, Pera G, Baena Díez JM, Mundet Tudurí X, Alzamora Sas T, Elosua R, et al. Validación de una versión reducida en español del cuestionario de actividad física en el tiempo libre de Minnesota (VREM). Rev Esp Salud Publica. 2012;86(5):495–508.

Otros aspectos del trabajo:

- Este estudio está financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) a través del proyecto PI19/00619 y cofinanciado por la Unión Europea.
- El proyecto cuenta con la aprobación de la Comisión Central de Investigación de Atención Primaria del día 16 de mayo de 2018 con el código 11/18, y el dictamen favorable del CEIC del Hospital Clínico San Carlos de Madrid del día 7 de marzo de 2018 con el código 18/107-E_Tesis. Se ha recabado el consentimiento informado de los participantes.
- Ningún autor tiene conflicto de interés.

AUTORES/AUTHORS:

Azucena González-Sanz[1](ORCID:0000-0002-360-1496), Mª José Fermoso-Palmero[1](ORCID:0000-0003-3284-0330), Mª José Gonzalo-Rodrigo[2](ORCID:0000-0003-4854-6478), Susana González-Manzano[3](ORCID:0000-0002-5739-515X), José Carlos López-García[1](ORCID:0009-0002-7567-

5187), Elena Sutil-Rodríguez[1](ORCID:0000-0001-8397-641X), Jesús González-Sánchez[3](ORCID:0000-0001-5453-2510), Belén García-Sánchez[1](ORCID:0000-0003-2102-600X), Elisabeth Sánchez-García[4]

[1]Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora -SACYL- Centro adscrito a la Universidad de Salamanca

[2] Centro de salud Virgen de la Concha.. Gerencia de Atención Primaria de Zamora

[3] Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca

[4]Hospital Universitario Ramón y Cajal. Comunidad de Madrid

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia de sarcopenia en la población geriátrica [16709]

Palabras clave: Envejecimiento, dependencia, sarcopenia, atención primaria

Introducción y objetivos: La sarcopenia se define como un síndrome relacionado con la pérdida progresiva y generalizada de masa y fuerza muscular que se produce con el envejecimiento. El objetivo de este estudio es investigar la alteración de la capacidad funcional, movilidad y prevalencia de sarcopenia en la población geriátrica.

Método: estudio transversal de base poblacional sobre mayores de 65 años, seleccionados mediante diferentes métodos de reclutamiento en Zamora. Se analizaron datos sociodemográficos y medidas antropométricas. Para determinar la existencia de sarcopenia se utilizó la bioimpedancia (IMMsK) y la medición de la fuerza muscular palmar, también se determinó el riesgo de sarcopenia (SARC-F). El grado de movilidad se evaluó mediante el cuestionario FAC y la independencia para las actividades básicas de la vida diaria mediante el índice KATZ. Los datos se trataron con el programa SPSSV26®. Para las variables cualitativas se utilizó la prueba de chi-cuadrado y las variables cuantitativas y cualitativas se compararon mediante la t de Student. Para todos los cálculos se utilizó un grado de significación alfa igual a 0,05 ($p < 0,05$).

Resultados: Se reclutaron 226 participantes, 145 mujeres y 81 hombres. La edad media fue de 74,7 años, DE 6,47. 131 de los participantes estaban casados, y 76 estaban viudos o solteros. Un 9,7 % reside en una institución, 64 personas vivían solas y 20 tenían un cuidador profesional.

La fuerza muscular palmar media, determinada mediante el hangrip, en las mujeres fue de 44,08 Kg, DE 13,39 (13,80-112,60) y en los hombres de 70,75 Kg DE 18,12 (23,80-123).

El IMMsK medio en los hombres fue de 21,9 Kg/m^2, DE 3,9 e identificó a 21 hombres (34.2 %) con criterios de sarcopenia (menor de 20 Kg/m^2). En las mujeres el IMMsK medio fue de 16,63Kg/m^2 DE 2,77, 57 mujeres (40.1 %) tenían criterios de sarcopenia (menor de 16 Kg/m^2).

Según la prueba t de student el sexo femenino está relacionado con un mayor riesgo de sarcopenia que los hombres según el cuestionario SARC-F (> o=4), t=1,036, p=0,03. En el último año 68 participantes han presentado de 1 a 3 caídas lo que supone el 28,2% de los sujetos de la muestra.

Respecto a la movilidad (FAC) el 85,8%de los participantes caminaba de forma independiente y salvaba escaleras.

Un 58,4% son completamente independientes en las actividades básicas de la vida diaria según el índice KATZ. Mediante la prueba de Chi cuadrado y utilizando los ítems de este índice, se puede relacionar el sexo masculino con una mayor probabilidad de incontinencia, X^2=11,134, p=.001.

Discusión: El porcentaje de mayores independientes o con baja dependencia es elevado frente a los índices de sarcopenia. La sarcopenia está causada por el propio proceso de envejecimiento y puede alterar de los niveles de dependencia de los mayores. Según revisiones sistemáticas la prevalencia de la sarcopenia en las personas ancianas sanas ronda el 15 %. El porcentaje encontrado es mucho mayor, con cifras similares a las encontradas en estudios internacionales con pacientes institucionalizados, esto puede ser debido a que el estudio se realizó en el final de la pandemia por COVID.

Es necesario un diagnóstico temprano y una atención individualizada, que contemple el ejercicio físico de fuerza y el aspecto nutricional, para prevenir los efectos adversos asociados al envejecimiento. Estas intervenciones se pueden abordar desde una intervención enfermera en Atención Primaria con atención continuada, de forma que mejore la calidad de vida de los pacientes y disminuya la necesidad de cuidados.

Otros aspectos: El estudio, tiene la aprobación del Comité de ética clínica del Hospital Ramón y Cajal y los participantes han firmado un consentimiento informado para participar en el estudio. Los autores declaran no tener conflicto de intereses. No se han utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., Landi, F., Rolland, Y., Sayer, A. A., Schneider, S. M., Sieber, C. C., Topinkova, E., Vandewoude, M., Visser, M.,

Zamboni, M., Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), & EWGSOP2, the E. G. for. (2018). Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, *48*(1), 16-31. https://doi.org/10.1093/ageing/afy169

de Carvalho, L. J. A. R., Mota, M. da S., Muniz, T. M. S., de Sousa Silva Aylla de Sousa Silva, R. C., & Machado, A. L. G. (2022). Clinical-Functional Frailty and Sarcopenia in Aged Individuals in Primary Health Care. *Cogitare Enfermagem*, *27*, 59-68. https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.76145

Fernandes, L. V., Paiva, A. E. G., Silva, A. C. B., de Castro, I. C., Santiago, A. F., de Oliveira, E. P., & Porto, L. C. J. (2022). Prevalence of sarcopenia according to EWGSOP1 and EWGSOP2 in older adults and their associations with unfavorable health outcomes: A systematic review. Aging Clinical and Experimental Research, 34(3), 505-514. https://doi.org/10.1007/s40520-021-01951-7

Papadopoulou, S. K., Tsintavis, P., Potsaki, G., & Papandreou, D. (2020). Differences in the Prevalence of Sarcopenia in Community-Dwelling, Nursing Home and Hospitalized Individuals. A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, *24*(1), 83-90. https://doi.org/10.1007/s12603-019-1267-x

Roberts, S., Collins, P., & Rattray, M. (2021). Identifying and Managing Malnutrition, Frailty and Sarcopenia in the Community: A Narrative Review. *Nutrients, 13(7),* 2316. MDPI AG. http://dx.doi.org/10.3390/nu13072316

Salvà, A., Serra-Rexach, J. A., Artaza, I., Formiga, F., Rojano i Luque, X., Cuesta, F., López-Soto, A.,Masanés, F., Ruiz, D., & Cruz-Jentoft, A. J. (2016). La prevalencia de sarcopenia en residencias de España: Comparación de los resultados del estudio multicéntrico ELLI con otras poblaciones. Revista Española *de Geriatría y Gerontología*, *51*(5), 260-264. https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.02.004

Sarabia Cobo, C. M., Pérez Rugosa, V., Hermosilla Grijalbo, C., Núñez García, M. J., & de Lorena Quintal, P. (2015). Prevalencia de sarcopenia en mayores con demencia institucionalizados. *Metas de Enfermería*, *18*(6), 17-21. https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=ccm&AN=114616316&site=ehost-live&scope=site

Mesa 41: Cuidados materno-infantiles
Session 41: maternal and child care

AUTORES/AUTHORS:

Nombre: Lorena

Apellidos: Hortigüela Martínez

Enfermera de Formación y Docencia en el Complejo Asistencial de Burgos (CAUBU)

Correo electrónico: lhortiguela@saludcastillayleon.es

ORCID-iD: https://orcid.org/0009-0009-7526-5576

Nombre: M Carmen

Apellidos: Enrique Arias

Supervisora de Admisión del CAUBU

Correo electrónico: cenrique@saludcastillayleon.es

Nombre: M Carmen

Apellidos: Tomé Elena

Enfermera de Formación y Docencia del CAUBU

Correo electrónico: ctome@saludcastillayleon.es

Nombre: M Aránzazu

Apellidos: Febrero Ortiz de Quintana

Supervisora de Área de Formación y Docencia del CAUBU

Correo electrónico: afebrero@saludcastillayleon.es

ORCID-iD: https://orcid.org/0009-0003-1000-2499

Nombre: Javier

Apellidos: Cordero Mérida

Enfermero en el CAUBU

Correo electrónico: jcorderomerida@gmail.com

TÍTULO/TITLE:

¿Mantenemos los beneficios del “efecto pandemia” en el contacto piel con piel precoz?

PALABRAS CLAVE

Lactancia materna, Parto Humanizado, Contacto piel con piel precoz, Recién nacido

OBJETIVOS

Este trabajo pone el foco en el contacto piel con piel (CPP) precoz que se realiza tras el nacimiento de un niño mediante la evaluación del porcentaje de madres y padres que pueden realizar dicho CPP en un Hospital de tercer nivel. Se estudiará la relación entre el tipo de parto y la posibilidad de realizar el CPP. Además, se realizará una comparativa con los datos recogidos en años anteriores. Esta comparativa pretende identificar la prevalencia del CPP precoz en tres años diferentes, coincidiendo pre-pandemia (año 2018), en pandemia (año 2021) y postpandemia (año 2022, según la OMS). De la misma manera se pretende evaluar los motivos por los que no se realiza el CPP y valorar si ha habido cambios a lo largo de los años de estudio.

MÉTODO

El trabajo planteado se enmarca en un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. Para ello se elaboró una tabla para el registro de los datos. Las variables que se han estudiado son: tipo de parto, si se ha realizado CPP precoz, persona con quien se realiza el CPP y las posibles causas en los casos en los que no se haya realizado. Estos se han obtenido de la historia clínica digital médica, de matronas y enfermeras. Los tres años en los que se recopilaron datos el método fue la realización de cortes semanales. En el año 2018 el periodo de estudio fue del 3 de enero al 18 de diciembre de 2018. En el año 2021 el periodo de recogida de datos fue del 5 de enero al 28 de diciembre de 2021. El periodo de estudio en el 2022 abarca desde el 4 de enero hasta el 27 de diciembre, realizando cortes semanales en todos los casos. Los criterios de inclusión han sido: mujeres que han dado a luz en el Hospital y se encuentran ingresadas en la Unidad de Obstetricia en el momento del corte semanal. Como criterios de exclusión se establecieron los partos que tuvieron lugar en otro centro sociosanitario y los de carácter extrahospitalario. Las variables que se han estudiado son: tipo de parto: parto eutócico (parto vaginal sin ayuda), parto vaginal instrumental (fórceps o ventosa) y cesárea. Si se ha realizado CPP precoz y la persona con quien se realiza el CPP (madre y/o padre). Y las posibles causas en los casos en los que no se haya realizado el CPP.

Para llevar al cabo el análisis estadístico se ha empleado el programa SPSS.

El estudio contó con la aprobación del CEIm, no se necesitó el consentimiento informado de los pacientes porque se utilizó la descarga de información desde el aplicativo informático de registros de Enfermería, donde no hay datos personales de estos pacientes.

RESULTADOS

El total de mujeres incluidas en el estudio ingresadas en la Unidad de Obstetricia tras el parto en el año 2018 fueron: 647 (1). En el año 2021 esta muestra fue de 583 y en el año 2022 (2) la muestra fue de 649 mujeres que habían dado a luz en nuestro centro. En datos generales el CPP precoz en 2018 llegó a los 421 recién nacidos (65,1%), en 2021 se implementó el CPP en 503 ocasiones (86,3%) y en 2022 en 568 nacimientos se produjo el CPP (87,5%). El número de partos eutócicos (PE) fueron en el año 2018 de 403 (62,3% del total de partos de la muestra para ese año), en el año 2021 fueron 349 (supone el 59,8% de la muestra del año 2021) y en el año 2022 los PE fueron 383 (59%). En el caso de los PE, en el año 2018, se realizó el CPP en 354 ocasiones, supone el 88% de los PE. En el año 2021 se realiza CPP en 326 (93,5% del total de los PE de la muestra de 2021). Y en el año 2022, en este caso se realizó el CPP en 368 ocasiones, supone el 96% en este tipo de parto. También en 2022 se registran solo 2 casos, en los que el CPP también lo realizó el padre.

En el caso de los partos instrumentales (PI), en el año 2018 fueron 82 (12,6%), en el año 2021 fueron 87 (14,9%) y en el año 2022 fueron 104 (16%). También en 2022 en los PI, solo en 9 ocasiones (8%) no fue posible el CPP por precisar el recién nacido ingreso en neonatos.

Las cesáreas fueron en el año 2018 162 (25%), en el año 2021 156 (26,7%) y en el año 2022 fueron 160 (24,6%). En este último año el CPP en las cesáreas, se realizó en 105 ocasiones, esto supone en el 65% de las cesáreas.

En el año 2022 la colaboración de los padres, en exclusiva o compartido con las madres, supone un escaso 2%. En 5 casos no consta si se pudo o no realizar el CPP precoz, todos ellos cesáreas. Los casos que no se realizó CPP en 81 ocasiones (12,5%), en estos casos el 68% fueron en cesáreas y el 90% de los recién nacidos ingresaron en la Unidad de Cuidados Neonatales.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos con este estudio confirman la permanencia del CPP en las cesáreas, tras la pandemia. Previamente, en el año 2018, se estaba realizando el CPP en un 1,2% de las cesáreas. En este año las cesáreas se realizaban en el quirófano de obstetricia ubicado en el paritorio y las pacientes pasaban a la Unidad de Reanimación Post-anestésica (REA) tras la cesárea. Los recién nacidos pasaban a la Unidad Neonatal básica, allí se ofertaba a los padres la posibilidad de realizar el CPP precoz, pero no existen registro de esta Unidad. Al inicio de la pandemia por COVID-19 en 2020, la REA se convirtió en Uci-extendida y las pacientes del paritorio a las que se les realizaba una cesárea se recuperaban en el propio paritorio no siendo necesario separarlas de sus recién nacidos, pudiendo realizar el CPP. Al mantenerse en el paritorio, las propias matronas registraban el CPP en la historia de las pacientes. Los cambios en la dinámica de trabajo del paritorio provocados por la pandemia de la COVID-19, han favorecido el CPP precoz en las cesáreas.

Pasando de 2 (1,2%) registros de haber realizado el CPP tras una cesárea en 2018 a 105 registros en 2021 (67%), manteniéndose en el tiempo en cifras similares en el 2022.

Los porcentajes de registro del CPP en el caso de PE se mantienen en cifras similares en los 3 años de estudio, marcando una ligera tendencia al alza del CPP: partimos de un 88% en 2018, 93,5% en 2021 y en 2022 un 96%.

En los casos de PI las cifras de registro también han aumentado. En 2018 se realizó el CPP en el 80,5%, en 2021 se aumentó hasta el 93% y en 2022 se rozó el 90%.

Cabe destacar que los registros en la historia clínica electrónica del CPP han aumentado sobre los estudios previos y en 2022 sólo hemos encontrado 5 casos en los que no se haya registrado si se ha podido realizar el CPP o no.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

El inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido está fuertemente recomendado por los organismos sanitarios internacionales debido a sus efectos en la continuidad de la lactancia (3–6). La Iniciativa para la Humanización del Nacimiento y la Lactancia (IHAN) impulsada por la OMS y UNICEF busca la adopción, por parte de las maternidades de los hospitales, de las prácticas que lleven a la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento (7,8). Dentro de estas prácticas, como paso 4 para una lactancia natural feliz, la IHAN propone “Ofrecer a todos los bebés contacto piel con piel precoz con sus madres tras el parto y ofrecer ayuda para inicial la lactancia en la primera media hora de vida” (7).

Se entiende el contacto piel con piel (CPP) como la práctica de colocar al recién nacido desnudo sobre el pecho de su madre también desnudo. Se define el CPP inmediato o precoz cuando éste se produce inmediatamente tras el parto. Los beneficios del contacto piel con piel abarcan desde una mayor duración de la lactancia, mejoría en el comportamiento neurosensorial y en la regulación de la temperatura corporal hasta favorecer la interacción madre-hijo y el desarrollo psicomotor (9). El CPP precoz ha demostrado favorecer el inicio de la lactancia materna teniendo un efecto directo en su duración (10).

Nuestro centro está comprometido con la IHAN. Desde el año 2017 lo consideramos un indicador de Calidad iniciándose una serie de medidas para el cumplimiento de sus pasos: inicialmente se estableció un grupo de trabajo a partir del cual se creó la Comisión de Lactancia cuyo objetivo es la Promoción de la Lactancia materna. En estos momentos, de las 4 fases que contempla la IHAN, nuestro centro se está preparando para acceder a la 3ª fase.

El registro del CPP precoz sirve de referencia del cumplimiento del paso 4 de la IHAN, mejorando la atención prestada a las mujeres que dan a luz y sus recién nacidos en nuestro hospital.

OTROS ASPECTOS DEL TRABAJO

Proyecto que cuenta con la aprobación del CEIm del área de Salud de Burgos y Soria con el nº 2964.

No hay conflicto de interés por parte de los autores.
No se ha utilizado inteligencia artificial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Enrique-Arias MC, Real-López L, Febrero-Ortiz de Quintana MA, Tomé-Elena M del C (2019) ¿permitimos el contacto piel con piel tras el parto? Estudio descriptivo del grado de cumplimiento del paso 4 de la IHAN en un hospital de tercer nivel. En: X congreso español de Lactancia Materna. Gotas de vida, fuente de salud. Santiago de Compostela

2. Enrique-Arias MC, Real-López L, et al. (2022) La pandemia como aliado. Efecto en el contacto piel con piel (CPP) precoz en un hospital de tercer nivel pre y post pandemia. En: XI Congreso Nacional De Lactancia Materna Lactancia Materna: Salud y Sostenibilidad Pamplona; p. 210-1

3. Takahashi K, Ganchimeg T, Ota E, Vogel JP, Souza JP, Laopaiboon M, et al.(2017) Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: Secondary analysis of the WHO Global Survey. Scientific Reports.

4. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al.(2016) Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet;387(10017):475-90.

5. OMS | 10 datos sobre la lactancia materna (18 de enero de 2019). WHO. World Health

Organization; 2017 [citado]. Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/

6. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. (2006) Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. Pediatrics. 17(3):e380-6

7. iHan | Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.ihan.es/

8. Hernández-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, Harrel C, Young M, Noble L, et al. ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding. Breastfeeding Medicine. noviembre de 2018;13(9):559-74.

9. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Index de Enfermería. diciembre de 2012;21(4):209-13.

10. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. 25 de noviembre de 2016;(11).

11. Lara Domínguez P, Camaño Mesa A, Estévez Escobar E, Del Carmen García Téllez M, Olivera Vázquez R, Ramos Rueda C, et al. Adaptación estructural del área de críticos del Hospital Universitario Virgen de la Victoria durante la pandemia COVID. Revista Enfermería Docente. 2021;(113):39-43.

AUTORES/AUTHORS:

Janire Arrieta Alberdi (enfermera OSI Debabarrena), Amagoia Arregi Aramendi (enfermera OSI Debabarrena), Patricia Del Río Martínez (pediatra OSI Debabarrena), Nagore Arza Alonso (enfermera OSI Debabarrena)

TÍTULO/TITLE:

Amamantar y trabajar: experiencias, dificultades y satisfacción de sanitarios en una organización sanitaria integrada

PALABRAS CLAVES:

Lactancia materna, extracción de leche materna, jornada laboral, mujer trabajadora, profesionales, lugar de trabajo

INTRODUCCIÓN:

La OMS y múltiples sociedades científicas nacionales e internacionales recomiendan lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses de vida y su continuación hasta los 2 años o más con una alimentación complementaria hasta que la madre y lactante lo deseen. Sin embargo, la tasa de LME a los 6 meses en España es del 39 %, lejos de las recomendaciones científicas. Uno de los factores que se asocia con su abandono precoz es la incorporación de la madre a la actividad laboral. Para que la mujer pueda combinar sus roles productivos y reproductivos es necesario promover y proteger la LM en el trabajo, transformando así sus trabajos en empleos dignos. Poseer lugares adaptados en los centros de trabajo para la extracción de leche y/o amamantamiento podrían favorecer la continuación con LM.

OBJETIVO:

Conocer y analizar las experiencias y necesidades de madres trabajadoras en relación a la vuelta al trabajo en periodo de lactancia en una organización sanitaria.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo. Se diseñó y se difundió una encuesta online a todos los trabajadores de la organización a través del correo electrónico corporativo en mayo de 2023.

RESULTADOS:

A fecha de 30 de mayo de forma preliminar se obtuvieron 71 respuestas de diferentes centros de trabajo de la organización, el 92,9 % fueron mujeres de las cuales 76,1 % se encontraban en edad fértil (18-49 años). El 78,9 % refería tener hijos y el 79,3 % haberlos alimentado con LM. En la actualidad un 13,2 % continúa amamantando. Una vez incorporada al trabajo un 70,7 % continuó con LM. Sin embargo, de los que abandonaron, el 48 % manifiesta que el principal motivo fue la vuelta al trabajo y un 28 % refería que fue la dificultad de extracción de leche en su jornada laboral. Respecto al lugar asignado para dar de mamar o extraerse leche, un 93,9 % manifestaba que no dispone de una zona

habilitada. El 85,7 % refiere haber utilizado su propio sacaleches, y en cuanto a la conservación de la leche, el 66,7 % manifestaba haberlo guardado en el refrigerador común de su centro, mientras que un 6,7 % no tenía opción de conservarla. La puntuación media de la experiencia de lactancia en el centro de trabajo de los encuestados fue 4,77 sobre 10.

DISCUSIÓN:

La vuelta al trabajo y la falta de tiempo y lugar íntimo para extraerse leche en la jornada laboral influye en la continuación de LM, por lo cual, disponer lugares específicos promovería su continuación tras la reincorporación al trabajo. La organización no dispone de zonas físicas adaptadas para la extracción y conservación de la leche, por lo tanto, dificulta cubrir las necesidades de mujeres en periodo de lactancia. Actualmente en algunos países de América Latina existe una ley regulada que obliga implementar salas de lactancia materna. En Perú, según el Decreto Supremo N° 023-2021-MIMP, todo centro laboral que tenga mínimo 20 mujeres en edad fértil debe tener un lactario institucional. Así pues, esperamos que en un futuro se valore la adecuación de lactarios en diferentes organizaciones públicas y privadas y así proteger la LM como derecho humano, y a su vez, aumentar tasas de LM tras la vuelta al trabajo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Resolución de 13 de noviembre de 2021, de la Secretaría General de Sanidad y consumo por la que se publica el Convenio con la iniciativa para la Humanización de la Asistencia al nacimiento y la Lactancia, para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y potenciación de la humanización de la asistencia al nacimiento (BOE núm. 280, de 21 de noviembre de 2019)
2. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. (2021, marzo). Objetivos de Desarrollo Sostenible y lactancia materna, conseguirlos a través de la lactancia la IHAN.
3. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (2018). Lactancia materna Fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños. Tercera edición. Toronto.
4. Decreto supremo N° 023-2021-MIMP, para la implementación de lactarios en las instituciones del sector público y del sector privado promoviendo la lactancia materna. (Estado Peruano, 26 de Julio de 2021
5. Solé Gomez M. Embarazo, lactancia y trabajo: promoción de la salud. Fund Mapfre Cent Doc. 2011. Disponible en: http://www.fauca.org/wp-content/uploads/2016/05/informe6.pdf
6. Ley N° 6453, (Congreso de la Nación de Paraguaya, 19 de diciembre de 2019)

OTROS ASPECTOS DEL TRABAJO:

No tiene aprobación del Comité de ética clínica correspondiente. Los autores previamente mencionados no tienen conflicto de intereses. No se han empleado inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

AUTORES/AUTHORS:

- Mª Gema Cid Expósito 0000-0003-0886-0382,
- Almudena Alameda Cuesta 0000-0001-7492-0967,
- Rocío Rodríguez Vázquez 0000-0002-8367-2923,
- Ángel Lizcano Álvarez, 0000-0002-0022-9652,
- Raquel Moreno Almendro 0000-0002-1448-0370,
- Cristina Oter Quintana 0000-0002-2192-5120.

TÍTULO/TITLE:

Validación de las interrelaciones NANDA-NOC-NIC del diagnóstico enfermero Lactancia materna ineficaz (00104)

Palabras clave: NANDA Nursing Diagnoses; Iowa Nursing Outcomes Classification; Diagnosis, Breastfeeding; Validation Studies; Databases.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva como fórmula idónea de alimentación de los lactantes en los seis primeros meses de vida para garantizar su salud y un desarrollo óptimo (World Health Organization, 2021).

Los beneficios de la lactancia materna en los lactantes y en las madres están ampliamente demostrados (Couto et al., 2020; Prentice, 2022; Victora et al., 2016), siendo preciso para su promoción, apoyo y protección políticas de apoyo específicas (Mustafa, 2020; Rollins et al., 2016). Un ejemplo de ellas es la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia (IHAN), impulsada en el año 1991 por la OMS y UNICEF que promueven en los servicios de salud en general y en las unidades de maternidad en particular, la adopción de medidas que “protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento”(UNICEF, 2023).

El desarrollo y utilización de lenguajes enfermeros estandarizados (LES) es esencial. Al normalizar la manera de nombrar los fenómenos clínicos de interés para la profesión enfermera, los LES mejoran la comunicación entre profesionales enfermeros, con otros miembros del equipo de salud y gestores de las instituciones sanitarias; posibilitan la recogida de datos para evaluar los resultados del cuidado enfermero e incrementan la visibilidad de las intervenciones enfermeras, además de contribuir al cumplimiento de los estándares de atención (Rutherford, 2008).

En nuestro contexto, el Real Decreto 1093/2010 (Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, 2010) regula el uso de los LES, NANDA Internacional, (Herdman et al., 2021), Nursing Outcomes Classification (NOC)(Moorhead et al., 2018) y Nursing Interventions Classification (NIC)(Butcher et al., 2018) en el informe de cuidados de Enfermería de las personas

atendidas en el Sistema Nacional de Salud. Por su parte, la incorporación de los LES a los sistemas de información permite avanzar en la investigación de la calidad y efectividad de los cuidados administrados, al tiempo que posibilita evaluaciones precisas de los resultados en salud (Tastan et al., 2014).

La investigación de las interrelaciones entre los LES ha sido objeto de interés en base a su potencial para determinar la efectividad de las intervenciones enfermeras en la atención a las necesidades de cuidados identificadas y nombradas mediante el diagnóstico enfermero. Investigaciones sobre interrelaciones entre diagnóstico enfermero y resultados e indicadores NOC permitirán establecer la evaluación de los cuidados aplicados, midiendo la efectividad de las intervenciones (Moorhead et al., 2018; Tastan et al., 2014). La validez de las interrelaciones establecidas redundará en una mayor efectividad del plan de cuidados enfermero, mejorando la calidad de vida de los pacientes (Gencbas et al., 2018).

En la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid, España) se ha desarrollado una base de datos clínica que utiliza lenguajes enfermeros los LES NANDA-I, NOC y NIC (Registro de la Propiedad Intelectual M-008084/2016). Esta comunicación forma parte del de un estudio de validación de dicha base de esta base de datos, financiado por la Conferencia Nacional de Decanos de Enfermería con el código PI_016CNDE.

El presente trabajo analiza la validez de contenido diagnóstico, así como las interrelaciones con los resultados e indicadores NOC e y las intervenciones NIC, del diagnóstico enfermero Lactancia Materna Ineficaz (00104) en su versión incorporada a la base de datos.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo, multicéntrico, nacional de validación de contenido por expertos según la propuesta de Fehring (Fehring, 1987). Los criterios de expertía siguieron la propuesta de Quatrini (Quatrini Carvalho Passos Guimarães et al., 2016).

Las personas participantes se reclutaron mediante un muestreo por conveniencia, seguido de un muestreo intencional, para alcanzar la máxima cobertura geográfica e incluir profesionales de perfil asistencial, docente/investigador y gestor.

Se recopilaron las siguientes variables sociodemográficas de los participantes: edad, sexo, nivel académico, ámbito laboral y tiempo de experiencia asistencial, docente e investigadora, concretando sobre docencia e investigación específica en metodología o lenguajes enfermeros.

Los datos sobre validación se recogieron mediante tres cuestionarios electrónicos autoadministrados: uno exploraba la validez del contenido diagnóstico, otro las interrelaciones entre el diagnóstico enfermero y los resultados e indicadores NOC y, el último, las interrelaciones entre el diagnóstico y las intervenciones NIC. Se exploraron mediante escala Likert de 5 puntos: el grado en que las características definitorias (CD) son indicativas del diagnóstico, la congruencia entre el

diagnóstico y los resultados, el grado en que cada indicador permite medir cambios de una CD, y la utilidad de cada intervención para el tratamiento del diagnóstico.

Para la caracterización de la muestra se calcularon las proporciones en cada variable cualitativa y media para las cuantitativas.

Para al análisis de los datos referidos al contenido diagnóstico, se asignó a cada punto de la escala Likert la siguiente equivalencia: 1=0, 2=0.25, 3=0.50, 4=0.75, 5=1 y se calcularon las puntuaciones medias. Si esta puntuación medida era igual o mayor a 0,8, la CD se consideró altamente representativa del diagnóstico o CD mayor. Si la media era inferior a 0,8 y superior a 0,5, se identificó como CD menor. Si la media fue ≤0.5, la característica definitoria fue no válida. Se calculó el Índice de Validez de Contenido (IVC) del diagnóstico.

Al analizar las interrelaciones entre cada diagnóstico y los resultados NOC se procedió de manera análoga, identificándose como resultado principal aquel que alcanzaba una puntuación media superior a 0,8. Si la media fue <0.8 pero >0.5, se identificó como resultado complementario; si ≤0.5, se identificó la interrelación como no válida. A la hora de analizar las interrelaciones entre CD e indicador de cada resultado, si la media fue ≤0.5, se consideró que la interrelación no era válida. Se calcularon las tasas de cobertura de las interrelaciones global, para el diagnóstico, y parciales, para cada resultado, es decir, el porcentaje de características definitorias del diagnóstico Lactancia Materna Ineficaz relacionado con un indicador NOC con respecto al número total de CD de ese diagnóstico.

Del mismo modo, se analizaron las interrelaciones entre diagnóstico e intervenciones: se identificó como intervención principal aquella que alcanzó una puntuación media superior a 0,8. Si la puntuación media fue <0.8 pero >0.5, se identificó como intervención complementaria; si ≤0.5, se decidió que la interrelación no era válida.

Este estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos (núm. registro 2707201711617). Los participantes firmaron un consentimiento informado antes de comenzar el estudio, donde se incluía la asignación de un código de identificación que garantizaba el anonimato de los expertos y la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

Cincuenta y tres profesionales enfermeros participaron en el estudio. La edad media fue de 46.31 años, siendo mujeres un 79.25% del total de participantes, estando representado un 76.47% del territorio nacional. El 35.85% de los expertos realizaban actividades asistenciales y otro 35.85%, docentes. Un 86% del total habían impartido docencia sobre lenguajes enfermeros. Más de la mitad tenían publicaciones en este campo.

El IVC del diagnóstico Lactancia materna ineficaz (00104) fue de 0.82. De las 12 CD del diagnóstico incluidas en la base de datos, 8 alcanzaron una puntuación mayor o igual a 0.8, considerándose por tanto como mayores y 4 como menores. Ninguna CD resulto no válida.

En cuanto a las interrelaciones entre diagnóstico y resultados NOC , se identificaron 4 resultados principales (0.86-0.97), con una tasa de cobertura total de 75%. 9 indicadores con alto grado de validez (0.90-0.97). El resultado Establecimiento de la lactancia materna: lactante [01000], presenta una tasa de cobertura parcial del 41.67%.

Las interrelaciones con las intervenciones NIC son validadas. En base a la puntuación obtenida, dos intervenciones se consideraron principales (0.88-0.97) y una tercera como secundaria (0.79).

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Las interrelaciones establecidas muestran un alto grado de validez. Se ha identificado interrelación con algún indicador NOC para el 75% de las CD mayores de este diagnóstico, lo que permite la valoración y seguimiento de sus manifestaciones clínicas críticas, proporcionando una estructura específica para la evaluación de la efectividad de las intervenciones enfermeras relacionadas con este diagnóstico.

Los hallazgos del estudio son claves para el diseño de los planes de cuidados orientados a la atención enfermera de las personas que presenten el diagnóstico Lactancia Materna Ineficaz (00104). Se propone una planificación para el manejo, seguimiento y evaluación de este diagnóstico válida y económica, ya que logra una amplia cobertura del diagnóstico con solo cuatro resultados NOC y tres intervenciones NIC.

El uso de herramientas validadas asegura la calidad de la atención y una mayor seguridad para la persona cuidada. A nivel docente, proporciona un instrumento útil y contextualizado para apoyar la adquisición de competencias en el cuidado de las personas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Butcher, H., Bulecheck, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (7th ed.). Elsevier.

Couto, G. R., Dias, V., & Oliveira, I. de J. (2020). Benefits of exclusive breastfeeding: An integrative review. Nursing Practice Today, 7(4), 245–254. https://doi.org/10.18502/NPT.V7I4.4034

Fehring, R. J. (1987). Methods to validate nursing diagnoses . Heart & Lung : The Journal of Critical Care, 16(6 Pt 1), 625–629. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3679856/

Gencbas, D., Bebis, H., & Cicek, H. (2018). Evaluation of the Efficiency of the Nursing Care Plan Applied Using NANDA, NOC, and NIC Linkages to Elderly Women with Incontinence Living in a Nursing Home: A Randomized Controlled Study. International Journal of Nursing Knowledge, 29(4), 217–226. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12180

Herdman, H., Kamitsuru, S., & Takao Lopez, C. (2021). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023. Elsevier.

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. (2018). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (6th ed.). Elsevier.

Mustafa, T. (2020). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 Implementation guidance Frequently Asked Questions. http://apps.who.int/bookorders.

Prentice, A. M. (2022). Breastfeeding in the Modern World. Annals of Nutrition and Metabolism, 78(Suppl. 2), 29–38. https://doi.org/10.1159/000524354

Quatrini Carvalho Passos Guimarães, H. C., Pena, S. B., Lopes, J. de L., Lopes, C. T., & Bottura Leite de Barros, A. L. (2016). Experts for Validation Studies in Nursing: New Proposal and Selection

Criteria. International Journal of Nursing Knowledge, 27(3), 130–135. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12089

Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el S. N. de S. (2010). Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema

Nacional de Salud. Boletin Oficial Del Estado, 78742–78767. https://www.boe.es/eli/es/rd/2010/09/03/1093

Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? The Lancet, 387(10017), 491–504. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2

Rutherford, M. (2008). Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice?

OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 13(1). https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol13No01PPT05

Tastan, S., Linch, G. C. F., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L., Lopez, K. D., Yao, Y., & Wilkie, D. J. (2014). Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 51(8), 1160–1170. https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2013.12.004

UNICEF. (2023, May 8). IHAN: lactancia materna, la mejor salud para el bebé. Https://Www.Unicef.Es/Blog/Lactancia/Ihan-Lactancia-Materna-La-Mejor-Salud-Para-El-Bebe. https://www.unicef.es/blog/lactancia/ihan-lactancia-materna-la-mejor-salud-para-el-bebe

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology,

mechanisms, and lifelong effect. The Lancet, 387(10017), 475–490. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7

World Health Organization. (2021, June 9). Infant and young child feeding. Key Facts. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding

OTROS

Este estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos (núm. registro 2707201711617).

Los autores expresan no tener ningún conflicto de interés y afirman no haber utilizado inteligencia artificial generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción de este trabajo.

AUTORES/AUTHORS:

Mª Silvia Lanchares Vallés, Dora Blanch Callau, Elisa Ofelia López Blasco

Hospital Comarcal de Vinaròs. Universitat Jaume I, Castellón

TÍTULO/TITLE:

La punción del talón en recién nacidos. Efectividad de una triple combinación analgésica en relación con la tetanalgesia

Palabras clave:

Punción talón, recién nacido, lactancia materna, leche materna, succión, dolor.

Objetivo:

Determinar la efectividad analgésica de una triple combinación (leche materna, succión y contención) respecto a la tetanalgesia durante la punción del talón en recién nacidos a término.

Métodos:

Estudio experimental verdadero prospectivo, aleatorizado y controlado, realizado en la Unidad de maternidad del Hospital Comarcal de Vinaròs (Castellón), de enero del 2021 a marzo del 2023. La población se compuso de 128 neonatos a término, seleccionados de forma consecutiva según criterios de inclusión (recién nacidos sanos > 37 semanas de edad gestacional alimentados con lactancia materna, sometidos a la punción del talón y con el consentimiento informado de los padres). Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó un valor mínimo aceptable para $\alpha=0.05$ y para (1- d= 0.5 diferencia mínima que se desea detectar para rechazar la hipótesis nula.

Se procedió a la distribución de la población en dos grupos, de 64 cada uno, asignados aleatoriamente; triple combinación (TC) y tetanalgesia (T). La punción la realizó la investigadora principal y un colaborador filmó el procedimiento. La duración de la grabación fue aproximadamente de 5 minutos. Dos investigadores distintos valoraron el dolor a partir de las grabaciones, cumplimentando las escalas de dolor Premature Infant Pain Profile (PIPP), validada y desarrollada en Canadá (B. Stevens, Johnston, Petryshen, & Taddio, 1996) y Neonatal Infants Pain Scale (NIPS) (Lawrence et al., 1993).

Otra variable resultado principal fue duración del llanto (en segundos). Se realizó análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, medias y desviaciones estándar (DE) para las variables cuantitativas. También análisis bivariado con la prueba ji-cuadrado o exacta de Fisher para variables cualitativas y la prueba T-Student para comparar la puntuación media de variables resultado, $p<0.05$. El programa informático que se utilizó fue Spss vs. 28.

Resultados:

De la muestra de 128 neonatos, el 54,7% eran de sexo masculino y el 45,3% de sexo femenino, la edad gestacional comprendía de 39 a 40 semanas con un 47,7%, predominó el parto vaginal con un 80,5%, la media de la edad de la madre es de 30.8 (DE: 6.3) y el país de origen de los padres en un 55,5% no era español. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio.

La media de puntuación de dolor según PIPP en el grupo fue de 6.6 (DE:3.4) y 7.8 (DE:3.1) en el grupo TC y grupo control T respectivamente, p=0.29. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los grupos de estudio con la escala NIPS (4.27 vs 4.34; p=0.82), ni en el tiempo del llanto (58.12 vs 68,7 segundos; p=0.37).

Discusión:

Se encuentran diferencias significativas entre los grupos TC y T. En el grupo de TC se observa una puntuación de dolor menor que en el grupo T. Este resultado se detecta con la escala PIPP y no con la NIPS. Podemos observar que la combinación de varios métodos no farmacológicos reduce el dolor en los RN a término con la escala PIPP, mientras que en la NIPS los dos métodos son igual de efectivos. Por tanto, la TC es más efectiva que la tetanalgesia en la escala PIPP. En cuanto al tiempo de llanto, es menor en el grupo TC, pero sin diferencias estadísticamente significativas.

La Academia de Medicina de la lactancia Materna, establece que en el recién nacido la lactancia materna debe ser la primera opción para aliviar el dolor durante la punción del talón, pero cuando no es posible amamantar los componentes individuales de la lactancia materna (succión, sabor dulce, contacto físico) pueden usarse por separado o de forma combinada (Reece-Stremtan & Gray, 2016), pero los efectos analgésicos de la leche materna por separado son ambiguos, por lo tanto, comparamos los efectos de forma combinada (Liaw et al., 2012).

Implicaciones para la práctica: pretendemos ampliar hallazgos previos (Peng et al., 2018), proporcionando nuevos resultados, utilizando una triple combinación de medidas no farmacológicas para mitigar el dolor, incrementando el confort y reduciendo el estrés durante la realización de las pruebas metabólicas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Lawrence, J., Alcock, D., McGrath, P., Kay, J., MacMurray, S. B., & Dulberg, C. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal network: NN*, *12(6)*, 59-66.

Liaw, J. J., Yang, L., Wang, K. W. K., Chen, C. M., Chang, Y. C., & Yin, T. (2012). Non-nutritive sucking and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick procedures: a prospective, randomised controlled crossover trial. *International journal of nursing studies*, *49(3)*, 300-309.

Peng, H. F., Yin, T., Yang, L., Wang, C., Chang, Y. C., Jeng, M. J., & Liaw, J. J. (2018). Non-nutritive sucking, oral breast milk, and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick procedures: A prospective, randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *77*, 162-170.

Reece-Stremtan, S., & Gray, L. (2016). ABM Clinical Protocol #23: Nonpharmacological Management of Procedure-Related Pain in the Breastfeeding Infant, Revised 2016. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine, 11*, 425-429.

Stevens, B., Johnston, C., Petryshen, P., & Taddio, A. (1996). Premature infant pain profile: development and initial validation. *The Clinical journal of pain*, *12(1)*, 13-22.

Otros aspectos:

Protocolo aprobado por la Comisión Investigación, Docencia y Formación Continuada del Hospital y la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I.

No se ha utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Los autores no tienen conflicto de intereses.

AUTORES/AUTHORS:

Adriana Díaz Medina (1); María Noelia García Hernández (2).

(1) Enfermera. Grado Escuela Enfermería Ntra. Sra. DE Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

(2) Enfermera. Doctor Universidad de La Laguna. Especialista Enfermería Pediátrica. Máster Ciencias de la Enfermería. Máster En Bioética. Profesora Escuela Enfermería Ntra. Sra. De Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

TÍTULO/TITLE:

Uso de la telefonía móvil en la infancia y adolescencia: efectos y necesidad de cuidados. Revisión sistemática.

Palabras clave: preescolar; niño; adolescente; menores; teléfono móvil; uso del teléfono móvil; tecnología.

Objetivo

Los dispositivos móviles se han convertido en d personales imprescindibles, pues sus prestaciones a favor de la comunicación, el entretenimiento y la enseñanza, han influido en el desarrollo social e individual del niño y adolescente, pero un uso inadecuado y abusivo afecta negativamente a la salud, derivando en alteraciones sociales, emocionales, psicomotoras y del lenguaje. Es por ello, que se plantea analizar los beneficios y consecuencias que implica el uso de los teléfonos móviles en pediatría por grupos de edad y, describir pautas recomendadas sobre el correcto uso de estos dispositivos.

Método

Estudio de revisión sobre el uso de los dispositivos móviles en la infancia. Se consultan las bases de datos Puede, Cuiden, Cinahl, BVS y Cochrane, además de los recursos ofrecidos por Joanna Briggs Institute y Elsevier. Se incluyen artículos con fecha de publicación a partir de 2013, en inglés y español, en población pediátrica de 2 a 17 años. Se excluyen artículos que se centren en estudiar otros tipos de dispositivos y, cuya muestra represente usuarios con patologías conductuales y sensoriales diagnosticadas previamente. La secuencia de selección y desestimación se realiza según título, resumen y lectura de texto completo de los artículos, la cual se representa con el flujograma PRISMA. Los artículos seleccionados se evaluarán siguiendo los criterios de nivel de evidencia y grado de recomendación ofrecidos por el SIGN, y la calidad será estimada a través de los instrumentos propuestos por CASPe y Berra et al (2008).

Resultados

Se han incluido un total de 38 artículos, que incluyen revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos, estudios descriptivos y explicativos, entre otros. La calidad varía entre el máximo y el mínimo nivel, de media a alta, siendo mínimos los artículos que cuentan con una baja calidad y fuerza de recomendación. Los resultados recomiendan un uso adecuado

de la telefonía móvil, donde se limite el tiempo de pantalla, se haga una selección adecuada de los contenidos visualizados y, se aprecie interés por la vida tecnológica de los menores, pudiendo obtener beneficios como aumentar las relaciones sociales, construir la propia identidad, crear redes de apoyo, manejar enfermedades crónicas y aumentar los conocimientos en salud. Un manejo inadecuado conlleva consecuencias perjudiciales relacionadas con adicciones, alteración del sueño, acoso y agresión sexual, entre otros.

Discusión

El uso de la telefonía móvil en la infancia y adolescencia continúa siendo un desafío difícil de abordar en las familias, consecuencia de la limitación de recursos disponibles que guíen a los padres sobre el manejo adecuado de los teléfonos móviles. Según las etapas de crecimiento y desarrollo se deberían recomendar estrategias para el uso de la telefonía. Futuros estudios deben considerar las características específicas del niño y del adolescente para describir las pautas adecuadas a cada etapa de crecimiento y desarrollo.

Conocer los beneficios y prejuicios de los teléfonos móviles, además de cómo realizar un uso adecuado en niños y adolescentes, se convierte en una necesidad imperativa a favor de la salud y seguridad del menor.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. (2018). Sedentarismo , falta de sueño y alteración en el desarrollo cognitivo , social y emocional , consecuencias del uso inapropiado de las nuevas tecnologías en niños. Imc. https://www.aepap.org/actualidad/comunicados-y-notas-de-prensa/sedentarismo-falta-de-sueno-y-alteracion-en-el-desarrollo-cognitivo-social-y-emocional-consecuencias

Bravo Acuña, J., & Merino Moína, M. (2020). Uso de nuevas tecnologías en la comunicación con los pacientes, su utilidad y sus riesgos. Anales de Pediatría, 92(5), 251-252. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.02.010

Cartanyà-Hueso, À., Lidón-Moyano, C., Martín-Sánchez, J. C., González-Marrón, A., Pérez-Martín, H., & Martínez-Sánchez, J. M. (2022). Asociación entre el tiempo de pantalla recreativo y el exceso de peso y la obesidad medidos con tres criterios diferentes entre residentes en España de 2-14 años. Anales de Pediatría, 97(5), 333-341. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.09.012

Castaño Vinyals, G., Sadetzki, S., Vermeulen, R., Momoli, F., Kundi, M., Merletti, F., Maslanyj, M., Calderon, C., Wiart, J., Lee, A. K., Taki, M., Sim, M., Armstrong, B., Benke, G., Schattner, R., Hutter, H. P., Krewski, D., Mohipp, C., Ritvo, P., ... Cardis, E. (2022). Wireless phone use in childhood and adolescence and neuroepithelial brain tumours: Results from the international MOBI-Kids study. Environment International, 160. https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.107069

Chory, A., Callen, G., Nyandiko, W., Njoroge, T., Ashimosi, C., Aluoch, J., Scanlon, M., McAteer, C., Apondi, E., & Vreeman, R. (2022). A Pilot Study of a Mobile Intervention to Support Mental Health and Adherence Among

Adolescents Living with HIV in Western Kenya. AIDS and Behavior, 26(1), 232-242. https://doi.org/10.1007/s10461-021-03376-9

de Almeida, G. M. F., & Nunes, M. L. (2019). Sleep characteristics in Brazilian children and adolescents: a population-based study. Sleep Medicine: X, 1, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2019.100007

De Oliveira Beliche, T. W., Dias Da Silva Hamu, T. C., Bizinotto, T., Porto, C. C., & Formiga, C. K. M. R. (2021). The postural control of Brazilian children aged 6 to 9 years using a smartphone is similar to their posture with eyes closed. Journal of Human Growth and Development, 31(2), 199-208. https://doi.org/10.36311/jhgd.v31.12229

Díaz, M., & Valerio, M. (2018, junio 28). Sedentarismo, falta de sueño y alteración en el desarrollo cognitivo, social y emocional, consecuencias del uso inapropiado de las nuevas tecnologías en niños. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/final_np_aepap_uso_tecnologia.pdf

Du, H. (2022). Relationship between childhood physical abuse, neglect and alexithymia and mobile phone addiction in adolescents. Psychiatria Danubina, 34(4), 653-658. https://doi.org/10.24869/psyd.2022.653

Dube, N., Khan, K., Loehr, S., Chu, Y., & Veugelers, P. (2017). The use of entertainment and communication technologies before sleep could affect sleep and weight status: a population-based study among children. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity , 14(97), 1-15. https://doi.org/10.1186/s12966-017-0547-2

Dumuid, D., Olds, T. S., Lewis, L. K., & Maher, C. (2016). Does home equipment contribute to socioeconomic gradients in Australian children's physical activity, sedentary time and screen time? BMC Public Health , 16, 1-7. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3419-9

Durdik, M., Kosik, pavol, Markova, eva, Somsedikova, A., Gajdosechova, B., nikitina, ekaterina, Horvathova, eva, Kozics, K., Davis, D., & Belyaev, igor. (2019). Microwaves from mobile phone induce reactive oxygen species but not DnA damage, preleukemic fusion genes and apoptosis in hematopoietic stem/progenitor cells. Scientific Reports, 9, 1-9. https://doi.org/10.1038/s41598-019-52389-x

Elhai, J. D., Dvorak, R. D., Levine, J. C., & Hall, B. J. (2017). Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. En Journal of Affective Disorders (Vol. 207, pp. 251-259). Elsevier B.V. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.030

Feijoo Fernández, B., García González, A., Internet, V. De, Martínez, C., Flores, L., Arboccó de los Heros, M., O'Brien Arboccó, J., Roca, G., & UNICEF. (2017). Niños en un mundo digital. En Faros. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu (ed). (Vol. 20, Número 72).

Foreman, J., Salim, A. T., Praveen, A., Fonseka, D., Ting, D. S. W., Guang He, M., Bourne, R. R. A., Crowston, J., Wong, T. Y., & Dirani, M. (2021). Association between digital smart device use and myopia: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Digital Health, 3(12), e806-e818. https://doi.org/10.1016/S2589-7500(21)00135-7

Gámez Guadix, M., Almendros, C., Rodríguez Mondragón, L., & Mateos Pérez, E. (2020). Autolesiones online entre adolescentes españoles: Análisis de la prevalencia y de las motivaciones. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 7(1), 9-15. https://doi.org/10.21134/RPCNA.2020.07.1.1

George, M. J., Jensen, M. R., Russell, M. A., Gassman Pines, A., Copeland, W. E., Hoyle, R. H., & Odgers, C. L. (2020a). Young Adolescents' Digital Technology Use, Perceived Impairments, and Well-Being in a Representative Sample. Journal of Pediatrics, 219, 180-187. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.12.002

George, M. J., Jensen, M. R., Russell, M. A., Gassman Pines, A., Copeland, W. E., Hoyle, R. H., & Odgers, C. L. (2020b). Young Adolescents' Digital Technology Use, Perceived Impairments, and Well-Being in a Representative Sample. Journal of Pediatrics, 219, 180-187. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.12.002

Hosokawa, R., & Katsura, T. (2018). Association between mobile technology use and child adjustment in early elementary school age. PLOS ONE, 13(7), 1-18. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199959

Lange, K., Cohrs, S., Skarupke, C., Görke, M., Szagun, B., & Schlack, R. (2017). Electronic media use and insomnia complaints in German adolescents: gender differences in use patterns and sleep problems. Journal of Neural Transmission, 124, 79-87. https://doi.org/10.1007/s00702-015-1482-5

Langer, C. E., de Llobet, P., Dalmau, A., Wiart, J., Goedhart, G., Hours, M., Benke, G. P., Bouka, E., Bruchim, R., Choi, K. H., Eng, A., Ha, M., Karalexi, M., Kiyohara, K., Kojimahara, N., Krewski, D., Kromhout, H., Lacour, B., Mannetje, A., ... Vrijheid, M. (2017). Patterns of cellular phone use among young people in 12 countries: Implications for RF exposure. Environment International, 107, 65-74. https://doi.org/10.1016/j.envint.2017.06.002

MacPherson, S., Brown, E. C., Herold, B., & Narayan, A. (2018). Media-Facilitated Sexual Assault in Children and Teens. Clinical Pediatrics, 57(11), 1349-1353. https://doi.org/10.1177/0009922818775744

Martin, K., Porritt, K., & Aromataris, E. (2018). Effectiveness of interventions to control screen use and children's sleep, cognitive and behavioral outcomes: A systematic review protocol. En JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports (Vol. 16, Número 6, pp. 13381345). Joanna Briggs Institute. https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003522

Meinert, E., Rahman, E., Potter, A., Lawrence, W., & van Velthoven, M. (2020). Acceptability and usability of the mobile digital health app noobesity for families and health care professionals: Protocol for a feasibility study. JMIR Research Protocols, 9(7), 1-8. https://doi.org/10.2196/18068

Mekonnen, Z. A., Gelaye, K. A., Were, M. C., Gashu, K. D., & Tilahun, B. C. (2019). Effect of mobile text message reminders on routine childhood vaccination: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health , 7. https://doi.org/10.1186/s13643-019-1054-0

Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización., Boletín Oficial del Estado 1 (1997). https://www.boe.es/eli/es/rd/1997/04/14/488/con

Nathanson, A. I., & Beyens, I. (2018). The Relation Between Use of Mobile Electronic Devices and Bedtime Resistance, Sleep Duration, and Daytime Sleepiness Among Preschoolers. Behavioral Sleep Medicine, 16(2), 202-219. https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1188389

Ochoa Brezmes, J., Blanco Ocampo, D., Ruiz Hernández, A., García Lara, G. M., & Garach Gómez, A. (2023). Uso de móviles, problemas de sueño y obesidad en una zona de exclusión social. Anales de Pediatría, 2-9. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.12.008

Paudel, S., Jancey, J., Subedi, N., & Leavy, J. (2017). Correlates of mobile screen media use among children aged 0–8: a systematic review. BMJ Open, 7, 1-11. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014585

Poulain, T., Vogel, M., Neef, M., Abicht, F., Hilbert, A., Genuneit, J., Körner, A., & Kiess, W. (2018). Reciprocal associations between electronic media use and behavioral difficulties in preschoolers. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(4), 2-13. https://doi.org/10.3390/ijerph15040814

Reeves, B., Robinson, T., & Ram, N. (2020). Time for the Human Screenome Project. Nature Journal , 557, 314-317. https://www.nature.com/articles/d41586-020-00032-5

Reolid Martínez, R. E., Flores Copete, M., López García, M., Alcantud Lozano, P., Ayuso Raya, M.C., & Escobar Rabadán, F. (2016). Frecuencia y características de uso de Internet por adolescentes españoles. Un estudio transversal. Archivos Argentinos de Pediatria, 114(1), 6-13. https://doi.org/10.5546/aap.2016.6

Seyyedi, N., Rahimi, B., Farrokh Eslamlou, H. R., Timpka, T., & Lotfnezhad Afshar, H. (2019). Mobile phone applications to overcome malnutrition among preschoolers: a systematic review. BMC Medical Informatics and Decision Making, 19(1). https://doi.org/10.1186/s12911-019-0803-2

Solera-Gómez, S., Soler-Torró, J. M., Sancho-Cantus, D., Gadea Rodríguez, R., de la Rubia-Ortí, J. E., & Camarena Pelegrí, X. (2022). Patrón de uso del teléfono móvil e Internet en adolescentes de entre 11 y 15 años. Pattern of mobile phone and internet use among 11–15-years-old. Enfermeria Clinica, 32(4), 270-278. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.12.007

Stonard, K. E., Bowen, E., Walker, K., & Price, S. A. (2017). “They’ll Always Find a Way to Get to You”: Technology Use in Adolescent Romantic Relationships and Its Role in Dating Violence and Abuse. Journal of Interpersonal Violence, 32(14), 2083-2117. https://doi.org/10.1177/0886260515590787

Stonbraker, S., Haight, E., Lopez, A., Guijosa, L., Davison, E., Bushley, D., Peguero, K. A., Araujo, V., Messina, L., & Halpern, M. (2020). Digital Educational Support Groups Administered through WhatsApp Messenger Improve Health-Related Knowledge and Health Behaviors of New Adolescent Mothers in the Dominican Republic: A Multi-Method Study. Informatics, 7(4), 1-13. https://doi.org/10.3390/informatics7040051

Tailor, V., Ludden, S., Bossi, M., Bunce, C., Greenwood, J. A., & Dahlmann-Noor, A. (2022). Binocular versus standard occlusion or blurring treatment for unilateral amblyopia in children aged three to eight years. En Cochrane Database of Systematic Reviews (Vol. 2022, Número 2). John Wiley and Sons Ltd. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011347.pub3

Tebar, W. R., Ritti Dias, R. M., Scarabottolo, C. C., Gil, F. C. S., Saraiva, B. T. C., Delfino, L. D., Zanuto, E. F., Vanderlei, L. C. M., & Christofaro, D. G. D. (2020). Sedentary behavior is more related with cardiovascular parameters in normal weight than overweight adolescents. Journal of Public Health (United Kingdom), 42(3), 215-222. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz082

Thabrew, H., Stasiak, K., Hetrick, S. E., Wong, S., Huss, J. H., & Merry, S. N. (2018). E-Health interventions for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions. En Cochrane Database of Systematic Reviews (Vol. 2018, Número 8). John Wiley and Sons Ltd. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012489.pub2

Vanderloo, L. M. (2014). Screen-viewing among preschoolers in childcare: a systematic review. BMC Pediatrics , 14(205), 1-14. https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-205

Wang, Y., Xue, H., Huang, Y., Huang, L., & Zhang, D. (2017). A Systematic Review of Application and Effectiveness of mHealth Interventions for Obesity and Diabetes Treatment and Self-Management 1-3. America Society for Nutrition (ASN), 8, 449-460. https://doi.org/10.3945/an.116.014100

Whittaker, R., Stasiak, K., McDowell, H., Doherty, I., Shepherd, M., Chua, S., Dorey, E., Parag, V., Ameratunga, S., Rodgers, A., & Merry, S. (2017). MEMO: an mHealth intervention to prevent the onset of depression in adolescents: a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 58(9), 1014-1022. https://doi.org/10.1111/jcpp.12753

Yadav, S., & Chakraborty, P. (2018). Using smartphones with suitable apps can be safe and even useful if they are not misused or overused. En Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics (Vol. 107, Número 3, pp. 384-387). Blackwell Publishing Ltd. https://doi.org/10.1111/apa.14042

Zhao, X., Huang, H., & Zheng, S. (2021). Effectiveness of Internet and Phone-Based Interventions on Diabetes Management of Children and Adolescents With Type 1 Diabetes: A Systematic Review. En Worldviews on Evidence-Based Nursing (Vol. 18, Número 3, pp. 217-225). Blackwell Publishing Ltd. https://doi.org/10.1111/wvn.12511

Las autoras declaran:

No precisar de aprobación del Comité de ética clínica correspondiente.

No precisar solicitud de consentimiento informado de los participantes.

Los autores no tienen conflicto de intereses.

Los autores no han utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas

Mesa 42: Gestión de cuidades personal
Session 42: Personal care management

AUTORES/AUTHORS:

Lorena Hortigüela Martínez

Enfermera de Formación y Docencia en el Complejo Asistencial de Burgos (CAUBU)

Correo electrónico: lhortiguela@saludcastillayleon.es

ORCID-iD: https://orcid.org/0009-0009-7526-5576

M Carmen Tomé Elena

Enfermera de Formación y Docencia del CAUBU

Correo electrónico: ctome@saludcastillayleon.es

M Aránzazu Febrero Ortiz de Quintana

Supervisora de Área de Formación y Docencia del CAUBU Correo electrónico: afebrero@saludcastillayleon.es

ORCID-iD: https://orcid.org/0009-0003-1000-2499

M Belén Palacios Martínez

Coordinadora de TCAEs en el CAUBU Correo electrónico: bepalacios@saludcastillayleon.es

Jesús Puente Alcaraz

Profesor Docente Investigador de la UBU con plaza vinculada al área de apoyo a la investigación en cuidados del HUBU.

Correo electrónico: jpuentea@saludcastillayleon.es

ORCID-iD: https://orcid.org/0000-0002-6450-5599

Paula Bueno Febrero

Enfermera en el CAUBU

Correo electrónico: paulabuenofebrero.pb@gmail.com

TÍTULO/TITLE:

Escala Barthel: indicador de carga asistencial en cuidados en unidades de medicina interna en un hospital de 3er nivel

Palabras clave: Estado Funcional, Barthel, Actividades básicas de la vida diaria, pacientes hospitalizados, Carga de Trabajo, Autocuidado

Functional Status, Barthel, Activities of Daily Living, hospitalized patients, Workload, Self Care

Objetivo

Evaluar la carga asistencial, por medio de la escala Barthel, en los cuidados relacionados a los pacientes hospitalizados a cargo Medicina Interna en un hospital de 3º nivel.

Metodología

El trabajo planteado se enmarca en un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. Para ello se utilizó el formulario de registro de Barthel escala que se utiliza para la evaluación de la funcionalidad y actividades básicas de la vida diaria en personas con diferentes condiciones (1,2), el cual está incluido en el programa de Gestión Avanzada de Cuidados de Enfermería (GACELA Care®). Dicho programa es la herramienta de registro y planificación de cuidados que utilizan las enfermeras en el Hospital. Desde este formulario obtenemos para este estudio: datos sociodemográficos, variables dependientes: el grado de dependencia; Variables independientes: las 10 actividades que un paciente puede realizar según su funcionalidad y nivel de dependencia (alimentación, lavarse, vestirse, arreglarse, uso del retrete, subir/bajar escaleras, deposición, micción, traslado cama/sillón y deambulación) cuya puntuación máxima es 100 (independiente) y una puntuación menor a 20 indica un paciente con una dependencia total. Se agrupa la carga asistencial (3) en 3 niveles (siendo el nivel 3 el de más carga asistencial) que corresponden a los 3 protocolos de autocuidado que existen en la historia clínica de enfermería con sus NIC (4) correspondientes, que estarán vinculados a los 5 grados de dependencia. El nivel 1 será un paciente independiente, el nivel 2 un paciente con una dependencia leve o moderada en la escala entre 61-99 puntos que necesita una ayuda parcial y el nivel 3 con una dependencia grave o total paciente con un resultado menor o igual a 60 puntos que necesita una ayuda importante. Las NIC son las acciones o intervenciones que realiza Enfermería para conseguir los objetivos marcados, con la finalidad de poder resolver, en la medida de los posible, el Diagnóstico Enfermero.

En la muestra se incluyen los pacientes hospitalizados a cargo de M. Interna desde mayo del 2022 hasta abril del 2023 que tienen registrada la escala de Barthel. Criterios de inclusión: pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna (MI) en el Hospital Universitario que tengan registro de Barthel realizado. Criterios de exclusión: pacientes que estén ingresados a cargo de otra especialidad que no sea M. Interna, pacientes ingresados a cargo de MI que no tenga realizada la escala de Barthel y los pacientes pediátricos. Para llevar al cabo el análisis estadístico descriptivo se empleó el programa SPSS.

El estudio contó con la aprobación del CEIm, no se necesitó el consentimiento informado de los pacientes porque se utilizó la descarga de información desde el aplicativo informático de registros de Enfermería, donde no hay datos personales de estos pacientes.

Resultados

El total de ingresos a cargo de MI en el periodo establecido fueron 4884 de los cuales tenían registro Barthel 4740 (97%). La edad media de los pacientes que tienen registrada la escala es de 83,94 años cuyo rango de edad oscila entre los 20 a 104 años, siendo el 47,7% hombres y el 52,3% mujeres. El nivel 3 con un grado de dependencia grave (24,97%) o total (37,42%) son el 62,49% con un promedio de edad de 86,51 años. El nivel 2 con un grado de dependencia moderada (20,97%) o leve (4,4%) corresponde al 25,37 % con un promedio de edad de 82.5 años. El nivel 1 asignado a los pacientes independientes corresponde al 12,21 % con un promedio de edad de 70,83 años. Con estos resultados se obtiene un nivel de carga asistencial del 2,5 sobre 3.

Los pacientes con una dependencia total son un 37,42% de la muestra (n=1774) cuya edad media es 86,84 años. Las NIC que se van a realizar en más de un 90% son: ayuda en el autocuidado: baño e higiene [1801], ayuda en el autocuidado: vestir y arreglo personal [1802], baño [1610], vestir [1630], cuidados en la incontinencia urinaria [0610], cuidados de la incontinencia intestinal [0410], cuidados del paciente

encamado [0740], ayuda autocuidados: transferencia [1806], manejo ambiental [6480], vigilancia de la piel [3590] y ayuda con el autocuidado: micción/defecación [1804]. En un 77,56% los pacientes necesitarían una ayuda con el autocuidado: alimentación [1803].

Los pacientes con una dependencia grave son un 24,97% (n=1184) cuya edad media es de 86.18 años. Las NIC en las que el paciente es dependiente y que se van a realizar en más de un 90% son: ayuda en el autocuidado: baño e higiene [1801] y baño [1610]. Entre un 80-90% ayuda en el autocuidado: vestir y arreglo personal [1802] y cuidados en la incontinencia urinaria [0610]. Entre las NIC que el paciente va a necesitar ayuda en un 70-80% ayuda autocuidados: transferencia [1806] y manejo ambiental [6480] y ayuda con el autocuidado: alimentación [1803].

Los pacientes con una dependencia moderada son un 20,97% (n=994) cuya edad media es de 84,46 años. Las NIC en las que el paciente va a necesitar ayuda en un 80-82% son: ayuda autocuidados: transferencia [1806] y manejo ambiental [6480]. En un 65% manejo ambiental [6480]. Entre un 40-50% ayuda en el autocuidado: vestir y arreglo personal [1802], baño [1610], vestir [1630] y cuidados en la incontinencia urinaria [0610].

Los pacientes con una dependencia leve son un 4,4% (n=209) cuya edad media es de 84.46 años. Las NIC en las que el paciente va a necesitar ayuda entre un 23-33% van a ser ayuda autocuidados: transferencia [1806] y manejo ambiental [6480] y cuidados en la incontinencia urinaria [0610].

De todos estos episodios registrados, 1981 han sido reingresos durante el año del estudio correspondiendo a 813 pacientes (han ingresado 2 o más veces). Siendo ingresos con una dependencia total en el 44,27% y una dependencia grave en el 27,1% de estos reingresos.

Discusión

La edad media de los pacientes ingresados en MI es de 84 años, los pacientes con un índice de Barthel < de 60 son un 62,49% coincidiendo con otros hospitales(5), con una edad media de 86,5 años, difiriendo con otro estudio PROFUND, que estudia el pronóstico y predicción funcional para pacientes pluripatológicos en España, cuya edad media está en 77,9 años(6), siendo esta escala muy útil para detectar el síndrome de fragilidad más prevalente en el anciano. Esta fragilidad es un marcador pronóstico independiente de mortalidad tanto a corto como largo plazo; su prevalencia entre los pacientes pluripatológicos ronda el 60%(5), datos que coinciden con nuestro estudio. La carga asistencial del personal de Enfermería respecto a las intervenciones realizadas es elevada al ser un 2,5 sobre 3, coincidiendo con el estudio comparativo de cargas de trabajo realizado en Asturias entre el 2014-2016(7) en el que se tuvo que aumentar en un 7% la asignación de recursos humanos debido a la carga asistencial como consecuencia del nivel de dependencia de los pacientes. Esta dependencia total o grave es la que tiene asignadas más intervenciones para la ayuda en el cuidado del aseo, arreglo personal, alimentación, transferencia, incontinencia. No se puede establecer que en el trabajo enfermero sea solo analizada la actividad como tal sin tener en cuenta las características de los pacientes y sus necesidades en cuanto a los cuidados(8). En el informe publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, establecieron unas recomendaciones y estándares en la que se distribuyó las horas en función de la dependencia de los pacientes, estableciendo que el 60% del tiempo lo dedicaba Enfermería y el 40% restante eran las TCAE(9).

Establecer la carga de trabajo en función de la dependencia del paciente es un factor a tener en cuenta para llevar a cabo una adecuada distribución de los recursos humanos en la atención hospitalaria, recursos que no solamente implica al personal del área de Enfermería.

El índice de Barthel puede ser una herramienta útil para valorar la carga de trabajo en las diferentes unidades según las necesidades y las intervenciones que necesitan los pacientes, podría ayudar a distribuir de una manera ágil la plantilla de cada turno, teniendo como objetivo una mejor calidad en la atención que se proporciona a los pacientes ingresados.

Otros aspectos del trabajo

- Proyecto que cuenta con la aprobación del CEIm del área de Salud de Burgos y Soria con el nº 2959.
- No hay conflicto de interés por parte de los autores.
- No se ha utilizado inteligencia artificial.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Cid-Ruzafa J, J D-M. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. Rev Esp Salud Publica. 1997;71(2).
2. González N, Bilbao A, Forjaz MJ, Ayala A, Orive M, Garcia-Gutierrez S, et al. Psychometric characteristics of the Spanish version of the Barthel Index. Aging Clin Exp Res [Internet]. 2 de mayo de 2018;30(5):489-97. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/s40520-017-0809-5
3. Carpenter CR, Shelton E, Fowler S, Suffoletto B, Platts-Mills TF, Rothman RE, et al. Risk Factors and Screening Instruments to Predict Adverse Outcomes for Undifferentiated Older Emergency Department Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. Wilber ST, editor. Acad Emerg Med. enero de 2015;22(1):1-21.
4. Butcher M, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7º edición. Elseiver, editor. Barcelona; 2019.
5. Gámez Mancera R. Impacto de los pacientes con enfermedades crónicas y necesidades complejas de salud en medicina interna: proyecto CRONICOM. Universidad de Sevilla.Departamento de Medicina; 2023.
6. Bernabeu-Wittel M, Díez-Manglano J, Nieto-Martín D, Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Abella-Vázquez L, et al. Simplificación de la escala de Barthel para el cribado de fragilidad y dependencia severa en pacientes pluripatológicos. Rev Clínica Española. noviembre de 2019;219(8):433-9.
7. Vallés S, Valdavida E, Menéndez C, Natal C. Impacto de la cronicidad en las cargas de trabajo de la enfermería hospitalaria. J Healthc Qual Res [Internet]. enero de 2018;33(1):48-53. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X17300921
8. Bray K, Wren I, Baldwin A, St Ledger U, Gibson V, Goodman S, et al. Standards for nurse staffing in critical care units determined by: The British Association of Critical Care Nurses, The Critical Care Networks National Nurse Leads, Royal

College of Nursing Critical Care and In-flight Forum. Nurs Crit Care [Internet]. mayo de 2010;15(3):109-11. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2010.00392.x

9. Unidad de enfermería en hospitalización polivalente de agudos: estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

AUTORES/AUTHORS:

Miriam Asensio de Caso, Delia Rey García, Amaya Fernández Fernández (enfermeras del HURH de Valladolid)

TÍTULO/TITLE:

Disposición de Profesionales y estudiantes de un Hospital para llevar a cabo el suicidio asistido o eutanasia activa

Palabras claves: Eutanasia, suicidio asistido, profesionales sanitarios.

Objetivos

- Identificar grado de disponibilidad de los profesionales sanitarios y estudiantes en la administración de tratamientos para llevar a cabo el suicidio asistido o eutanasia activa tras la entrada en vigor de la Ley de regulación de la eutanasia.
- Conocer si algún paciente les ha solicitado acelerar su proceso de muerte sabiendo que todavía no había una ley aprobada en España.
- Conocer si el profesional se ve respaldado jurídicamente ante el hecho de llevar a cabo una eutanasia o un suicidio asistido.

Métodos

Estudio descriptivo transversal cuantitativo. Muestreo aleatorio de 134 profesionales y estudiantes sanitarios de un Hospital público Universitario, mediante una encuesta de elaboración propia autocumplimentada, anónima y voluntaria.

Resultados

El 19% de los encuestados no dudaría en proveer los medicamentos para que un paciente practique el suicidio asistido, teniendo dudas un 69% de los profesionales. Por el contrario el 10% opina que no lo suministraría.

En relación a la eutanasia, un 24% administraría los medicamentos para acelerar la muerte de un paciente, mientras que el 64% no está seguro de llevarlo a cabo y un 10% tiene claro que no lo haría.

De todas las encuestas realizadas, el 63% indica que ningún paciente le solicitó ayuda para acelerar el proceso de muerte.

El 70% de los profesionales y estudiantes participantes en el estudio no se sienten respaldados jurídicamente ante el hecho de llevar a cabo una eutanasia o un suicidio asistido.

Discusión

Debido a la reciente implantación de la Ley de regulación de la eutanasia (Ley orgánica 3/2021 de 24 de Marzo), todavía son muchos los profesionales y estudiantes sanitarios que tienen dudas en relación a proveer medicamentos

para que un paciente practique el suicidio asistido o administrarlos en caso de eutanasia para acelerar la muerte de un paciente.

Sorprende que observamos un mayor porcentaje de participantes dispuestos a administrar de forma activa los medicamentos que a facilitarlos, así como un elevado número de encuestados que no se sienten respaldados jurídicamente. Creemos que puede ser debido a que, en el momento de realización de la encuesta, no se disponía de suficiente información al respecto, por lo que es necesaria una mayor difusión y formación a los profesionales en este tema.

Llama la atención que solo un 36% de los encuestados refiere que en algún momento de su trayectoria profesional un paciente le ha solicitado ayuda para acelerar el proceso de muerte. Pensamos que este resultado es consecuencia del alto porcentaje de participantes menores de 30 años y con menos de 5 años de experiencia profesional.

Es fundamental contar con una ley que regule la compatibilidad de derechos fundamentales como son la vida y la integridad física y moral y, por otro lado, la dignidad, libertad o la autonomía de la voluntad.

Debemos considerar la situación que vive el profesional de la salud frente a la posición del paciente que decide solicitar ayuda para morir, así como conocer su postura, considerando el choque que puede existir entre los códigos de ética de los profesionales y los derechos del paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

-Ley orgánica 3/2021, de 24 de Marzo de regulación de la eutanasia

-Vera Berón MJ, (2010) El profesional de la salud frente a la eutanasia pasiva en la ciudad de Cali

-Abellán Salort JC. Bioética, Autonomía, y Libertad. Fundación universitaria española.2007

Otros aspectos

-El estudio tiene la aprobación del Comité de ética clínica correspondiente y no fue necesario recabar el consentimiento informado de los participantes.

-Los autores no tienen conflicto de intereses.

-No ha sido utilizada inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Mesa 43: Evaluación de intervenciones en cuidados
Session 43: Evaluation of care interventions

AUTORES/AUTHORS:

Nathália Rosa, Campus Docent Sant Joan de Deu, Departament of Medicine and Life Sciences - Universidad Pompeu Fabra. https://orcid.org/0000-0003-1159-8442.

Judith Saura, Tobacco Control Unit, Cancer Control and Prevention Program, WHO Collaborating Center On Tobacco Control, Institut Català d'Oncologia, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

Oscar Garcia-Pañella, ENTI-UB (Escuela de Nuevas Tecnologías Interactivas); Cookie Box.

Elena Maestre-González, School of Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Barcelona, Spain.

Xavier Roca, Addictive Behaviors Unit, Psychiatry Department, Hospital de La Santa Creu I Sant Pau, Barcelona, Spain.

Magalí Andreu, Addictions Unit, Psychiatry Department, Institute of Neurosciences, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Spain.

Esteve Fernández, CIBER en Enfermedades Respiratorias (CIBERES); Institut Català d'Oncologia (ICO); Universidad de Barcelona (UB); Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL). Cristina Martínez, CIBER en Enfermedades Respiratorias (CIBERES); Institut Català d'Oncologia (ICO); Universidad de Barcelona (UB); Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL); University of California, San Francisco (UCSF).

TÍTULO/TITLE:

Codiseño de una webapp gamificada para monitorizar el consumo de cannabis y tabaco: Estudio DuCATA

Objetivos

DuCATA es un estudio con metodología mixta destinado a caracterizar el patrón de consumo de cannabis y tabaco en personas que presentan trastorno por uso de cannabis (TUC) que acuden a los centros de atención y seguimiento de las drogodependencias (CAS) en Cataluña. El objetivo del presente trabajo es describir el proceso participativo de cocreación empleado en el codiseño de la herramienta gamificada de monitorización (webapp) que se ha diseñado para recoger la información de interés (patrón de consumo y síndrome de abstinencia de cannabis-tabaco).

Métodos

Proceso colaborativo, basado en los principios de la acción participativa, desarrollado en cuatro fases: 1) Fase "laboratorio", exploratoria e inmersiva, en la que se exploró la visión de clínicos y usuarios para identificar y definir aspectos claves sobre la problemática a través de entrevistas en profundidad, grupos focales y actividades de gamificación. 2) Fase de exploración

de la información respecto a los perfiles de jugador de acuerdo con la taxonomía de Marczewsk (2015), y las preferencias de ocio y motivadores de acción de acuerdo a la clasificación de Reiss (2002), para el desarrollo de la webapp. Se ha concretado elementos de interés relativos a pacientes y contexto clínico a través de dinámicas participativas con ex-consumidores de cannabis y con clínicos, por separado. 3) Entrevistas en profundidad con cuatro participantes ex-consumidores de cannabis para construir historias verosímiles y basadas en el crecimiento de las personas que han superado la adicción al cannabis. La construcción de las historias (storytelling) se basó en el modelo de Joseph Campbell que consiste en los 12 pasos del "viaje del héroe"; 4) Desarrollo técnico de la webapp con las preferencias de juego extraídas de la fase 2, y las historias de la fase 3, y con la inclusión en la herramienta de las variables de interés a monitorear: consumo de tabaco y cannabis en las últimes 48 horas, síndrome de abstinencia y variables contextuales.

Resultados: Se identificaron tres perfiles de jugador: socializador, conseguidores y espíritus libres. Se elaboraron tres historias ficticias de superación personal que se implementaron en la webapp con la finalidad de inspirar a los participantes en el proceso de superación en el cese del cannabis. Las preferencias en el juego permitieron introducir actividades lúdicas con el fin de incrementar la adherencia a la app.

Discusión

El codiseño de intervenciones es un método que permite construir soluciones realistas y culturalmente apropiadas y pueden ayudar a mejorar la implementación y la sostenibilidad en proyectos de investigación aplicada como DuCATA. La cocreación de la webapp gamificada espera conseguir una buna fidelidad y adherencia de los participantes a este estudio prospectivo donde los usuarios reportan su consumo jugando. Actualmente, se está pilotando esta herramienta en dos CAS de Cataluña, pero se requieren entre 14 y 16 centros para conseguir 250 participantes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Marczewski, A. (2015). User types. Even ninja monkeys like to play: Gamification, game thinking and motivational design, 1(1), 65-80.

Reiss, S. (2002). Who Am I? The 16 basic desires that motivate our actions and define our personalities. New York: Berkley Trade Paperback.

AUTORES/AUTHORS:

Nuria Cuesta Sánchez, Janette Suárez Ledea, Patricia Annita Florea Ciucioi, Ainhoa Lua Barrondo Sánchez, Lucía Carton Erlandsson, Mónica Santos Gutiérrez.

TÍTULO/TITLE:

Satisfacción de los pacientes ingresados en unidades de hospitalización con los cuidados invisibles

Palabras clave:

Atención de enfermería, humanización de la atención, satisfacción del paciente, calidad de la atención de la salud, enfermería.

Objetivo

Determinar la satisfacción con los cuidados invisibles que presentan los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización del Hospital Beata María Ana

Método

Para dar respuesta al objetivo planteado, se diseñó un estudio observacional descriptivo transversal realizado a través del despliegue de un cuestionario autoadministrado. La población a estudio estuvo conformada por los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización del Hospital Beata María Ana con una estancia en el centro igual o superior a 2 días. Fueron excluidos aquellos pacientes que no pudieran comprender el cuestionario debido a deterioro cognitivo. Para la obtención de los datos, se empeló una adaptación del cuestionario de Huércanos et al. (2011) para medir la percepción de la calidad del cuidado invisible de enfermeras y TCAEs, siendo distribuido mediante un muestreo no probabilísitco de tipo intencional, solicitando la participación de los pacientes en el momento del alta hospitalaria. Este cuestionario está codificado en escala de Likert desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre), siendo mayor la satisfacción en función de que la puntuación sea más alta. Para el análisis y codificación de los datos, se empleó SPSS 22.0. Se determinó la normalidad de los mismos, objetivando una distribución no normal. Debido a ello, se calcularon las medianas y rangos intercuartílicos, siendo determinadas las diferencias entre grupos mediante la U de Mann-Whitney y la prueba W de los rangos de Wilcoxon. Se aceptó como grado de significación estadística un valor de $p<0,05$.

El tratamiento de la información obtenida se realizó conforme a lo estipulado en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. La participación fue anónima, voluntaria y no remunerada, siendo explicados los preceptos ético-legales que protegen a los participantes en el momento de realizar el estudio. En todo momento se preservó la confidencialidad de los participantes en el estudio, evitando que ningún dato pudiera correlacionarse con un individuo en particular.

Resultados

Se obtuvieron 271 cuestionarios válidos. La mediana de satisfacción con los cuidados invisibles brindados por enfermeras fue de 4 (RIC: 0,11), mientras que la de TCAEs fue de 3,9 (RIC: 0,17). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p=0,630). Las unidades con mayor satisfacción fueron cirugía (Mediana: 4,00; RIC: 0,11) y rehabilitación (Mediana: 4,00; RIC: 0,10). Los cuidados invisibles con mayor satisfacción fueron el relativo a

sentirse acompañado por la enfermera durante la estancia hospitalaria (Mediana: 4,00; RIC: 0,9) y el mantenimiento de la intimidad por parte de las TCAEs (Mediana: 4,00; RIC: 0,10).

Discusión

Los cuidados invisibles se pueden entender como aquellas acciones fruto de la observación atenta, la empatía, el conocimiento y la experiencia, que llevan a las enfermeras a la elaboración de juicios profesionales y éticos deliberados, altamente centrados en las necesidades de cada paciente, siendo imponderables e intangibles (Fernández et al., 2019; Orkaizagirre, 2013; Rosa y Zamora, 2012).

Acciones como velar por la intimidad o el confort de los pacientes, establecer una relación terapéutica empática o implementar acciones efectivas de educación para la salud, son ejemplos de estas actividades que tienen una elevada implicación en la práctica clínica, pero que, por no ser registradas, quedan invisibilizadas en los indicadores de calidad de la asistencia sanitaria pese a que han demostrado su elevada eficacia en la mejora del pronóstico de los pacientes (Huércanos, 2010).

Estos cuidados, que forman parte de la base fundamental de la actividad enfermera, presentan una problemática importante, la cual se fundamenta en la dificultad para poder medir tanto su desarrollo como el impacto en la percepción de los pacientes, siendo por ello escasamente considerados en multitud de ocasiones, pese al importante beneficio que aportan no sólo a la percepción de los cuidados que reciben los pacientes, sino al proceso evolutivo de sus patologías y a la propia práctica clínica de las enfermeras (Gros et al., 2020; Rosa el at., 2012).

En una época como la actual, en la que el exceso de carga de trabajo y las limitaciones derivadas de la situación sanitaria están afectando negativamente a la atención humanizada que debería brindarse a cada uno de los pacientes, se hace indispensable el implementar acciones que velen tanto por la mejora en la experiencia del paciente, como en el aumento de la calidad y seguridad de los cuidados que reciben, siendo los cuidados invisibles un elemento primordial que aúna la humanización en la asistencia sanitaria, con el rigor en el despliegue de los cuidados enfermeros con evidencia y eficacia.

Es importante resaltar que los resultados obtenidos en este estudio son prometedores, pero se debe seguir estudiando esta realidad, tratando de ampliar tanto la muestra de pacientes, como la participación de diferentes centros sanitarios.

Las autoras declaran no presentar ningún conflicto de intereses y que la redacción del texto es original.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Fernández Rubio M., Pagola Pascual MI, Izco García, M.N. (2019). Una aproximación a los cuidados invisibles desde la Enfermería. *Conocimiento Enfermero, 4*; 55-57. Disponible en: https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/61/40.

Gros Polo S, Navas Ferrer C, Germán Bes C. (2019). Percepción de los cuidados visibles e invisibles desde una doble perspectiva en una Unidad de Hemodiálisis. *Index Enfermería, 28*(4): 174-178.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300003&lng=es. Epub 14-Sep-2020.

Huercanos Esparza I. (2010). El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera.

Biblioteca Lascasas, 6 (1). Disponible en http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php

Huércanos Esparza, I. (2011). Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. *Biblioteca Lascasas, 7(*1). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php

Orkaizagirre Gómara A. (2013). Visibilizando los cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. *Index Enfermería, 22*(3): 124-126. Disponible en: https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200002.

Rosa Eduardo R, Zamora Monge G. (2012). Cuidados invisibles: ¿son suficientemente

reconocidos? *Index Enfermería*, *21* (4): 219-223. Disponible en: https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300009.

Rosa Eduardo R, Zamora Monge G, Aguinaga I, Guillén F. (2012). Cuidados invisibles e identidades del cuidado enfermero ante las grandes transformaciones sociales del siglo XXI. *Paraninfo digital, 15*. http://www.index-f.com/para/n15/083o.php

AUTORÍA/AUTORES:

María Dolores Mateos García, Departamento de Enfermería Universidad de Sevilla y Hospital Virgen de Valme, orcid: 0000-0001-7646-9532

Elena Fernández García, Departamento de Enfermería Universidad de Sevilla. orcid: 0000-0002-7922-2663

Amelia Ramos González-Serna, Hospital Virgen de Valme y Departamento de Enfermería Universidad de Sevilla

orcid: 0000-0002-9384-6069

Marina Praza Rizoto, Hospital FREMAP. orcid: 0009-0002-5574-2733

Mercedes Bueno Ferrán, Departamento de Enfermería Universidad de Sevilla.

orcid: 0000-0002-0119-165X

Rocío del Pilar Cordero Rodríguez, Enfermera Dispositivo de Apoyo Distrito Aljarafe Sevilla

Víctor Manuel Jiménez García, Hospital Universitario Virgen Macarena,

orcid: 0000-0002-0625-3792

Rocío García Ruiz, Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Sergio Barrientos Trigo, Departamento de Enfermería Universidad de Sevilla.

orcid: 0000-0001-7618-3091

TÍTULO/TÍTLE:

Valoración enfermera apoyada en el uso de escalas y su relación con la calidad de los registros**.**

Palabras Clave: Calidad registros enfermeros, cuestionario Q-DIO-22, instrumentos valoración.

Objetivo General

Evaluar el uso de las principales escalas en la valoración enfermera e identificar los principales aspectos que son incluidos en la valoración de los pacientes con mayor nivel de evidencia.

Métodos

Se realizó un estudio con diseño observacional en residencias de mayores pertenecientes al área de atención primaria de salud del distrito sur de Sevilla (España). La recogida de datos se llevó a cabo durante el periodo de noviembre 2022 y enero de 2023. A continuación, se analizaron las variables sociodemográficas de los pacientes incluidos en el estudio relacionadas con su estado de salud y se administró la escala Q-DIO modificada 22 en español que se utilizó para evaluar

la calidad de los registros enfermeros. La escala Q-DIO22 consta de cuatro dimensiones (valoración, diagnósticos, resultados e intervenciones), los ítems de cada dimensión se evalúan utilizando una escala tipo Likert

de 1-5 puntos y las escalas más utilizadas en la valoración, incluidas en las historias clínicas de los pacientes. Los instrumentos incluidos en el estudio fueron; Pfeiffer, Braden, Barthel, Nutrición, Riesgo de caídas, Dolor, incontinencia urinaria y Lawton y Brady. Para los análisis se utilizaron análisis descriptivo y bivariados.

Resultados

Se analizaron un total de 100 pacientes con los registros electrónicos de enfermería realizados. De los participantes incluidos en el estudio, el 73% eran mujeres y 27% hombres, con una edad media de 80,5 años. Un total de 52 pacientes tenían una valoración de enfermería realizada anualmente. En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el cuestionario Q-DIO22 versión española fue de 29,6 puntos, siendo la puntuación media del cuestionario en la dimensión de valoración, de 39 puntos. En relación a las escalas, se agruparon en la variable otros, las escalas que menos representación tenían en las historias para proceder a su análisis. La variable otros la constituyen las siguientes escalas: Riesgo de caídas, Dolor, incontinencia urinaria y Lawton y Brady. La puntuación media en el intervalo 1-5 en el uso de las escalas ha sido de 2,3 puntos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación Q-DIO22 y la calidad de los registros de enfermería realizados de forma completa frente a los que habían cumplimentado una valoración parcial del registro (p=0,896). Asimismo, existen diferencias significativas entre el uso de escalas de enfermeria y la calidad de los registros, siendo estadísticamente significativas aquellos registros en los que se han incluido más escalas de valoración frente a los que han incluido menos escalas (p=011). El uso de escalas en la valoración de enfermeria y la puntuación en la escala Q-DIO22 tuvo una correlación positiva y fuerte (rho=0,735) con una diferencia estadísticamente significativa (p<.001). Los ítems de la escala Q-DIO22 con mayor nivel de evidencia utilizados fueron; ítem 9 (Situación social y condiciones de vida) con una puntuación media de 1,57 y el ítem 17 (Se ha registrado (documentado) el resultado de enfermería), con una puntuación media de 1,53. Los ítems con menor nivel de evidencia fueron el ítem 8 (Preocupaciones debidas a la hospitalización) y el ítem 19 (Se seleccionan indicadores de medida factibles) ambos con una puntuación media de 1,00. Además, las escalas de valoración que se incluyeron con mayor frecuencia fueron: Barthel (0,60), Pfeiffer (0,51) Braden (0,40), y Escala nutricional (0,32).

Discusión

Estudios internacionales han investigado sobre la calidad de la documentación enfermera, y los resultados muestran insuficiencia de información en casi todas las etapas del plan de cuidados (Paans, Sermeus, Nieweg y Van DerSchans, 2010). Otros trabajos han propuesto estrategia para mejorar la calidad de los registros, como la importancia del pensamiento crítico que mejora la exactitud de los diagnósticos enfermeros y el uso de las taxonomías para documentar de manera más precisa. (Paans et al., 2012; Collins., 2013). Nuestro trabajo se ha centrado en analizar las escalas y cuestionarios de enfermería como estrategia para mejorar la calidad de la valoración enfermera. Los resultados obtenidos

aplicando Q-DIO-22 en español, (Mateos-García, 2017) muestran una tendencia de mejora en los datos registrados en las necesidades fisiológicas del paciente, en algunos aspectos psicosociales, ya que la información que aporta la puntuación obtenida en las escalas, así como los ítems que la componen mejora la calidad de los registros enfermeros. Además, se confirma que la calidad de los registros no se relaciona con la cantidad de información que se incluya en los mismo, sino en una valoración focalizada y objetiva del mismo, mejorando así la atención a las personas mayores institucionalizadas. Esto ayudaría a optimizar los tiempos de trabajo de las enfermeras de atención primaria y los resultados en salud de esta población.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Linden Johnsona, Karen-leigh Edward, Jo-Ann Giandinoto et al. (2017) “A systematic literature review of accuracy in nursing care plans andusing standardised nursing languageLinden” Collegian journal homepage: www.elsevier.com/locate/coll

Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M. B., & Van Der Schans, C. P. (2010). Prevalenceof accurate nursing documentation in patient records. Journal of AdvancedNursing, 66(11), 2481–2489. http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05433.xPaans, W., Sermeus

Collins, A. (2013). Effect of continuing nursing education on nurses’ attitude towardand accuracy of nursing diagnosis. International Journal of Nursing Knowledge,24(3), 122– 128. http://dx.doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01237.xz

Comité ética: el estudio obtuvo la aprobación del comité de ética y del servicio de documentación clínica del Hospital Virgen de Valme.

Conflicto de interés: Los autores refieren no declarar conflictos de intereses.

AUTORES/AUTHORS:

Álvarez Codesal, Teresa; Rodríguez Pérez, Laura; Miriam Gutierrez García, Rosa; Calzada Domínguez, Teresa; Fernández Campo, Esther; Martín Fernández, Franscisca; Preto Afonso, Joana Rita; Ramos Fernàndez Antonia; Revellado Cañedo, Rosario.

TÍTULO/TITLE:

Implantación de guía de buenas prácticas BPSO®, seis meses de resultados.

Palabras clave:

Prevención de lesiones, Escala Braden, Guía de buenas prácticas, Implantación.

Introducción

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora (GASZA) como candidato a Centro Comprometido con la Excelencia en cuidados (BPSO®) se encuentra implantando las Guía de “Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión de Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO®) (1)” en las unidades de Cuidados Paliativos y Cirugía-Ginecología.

Las Lesiones Por Presión (LPP) representan un importante problema de salud en la población por su prevalencia y repercusiones. Influyen de forma importante en la calidad de vida de las personas que las padecen y suponen elevados costes (2).

Objetivos

Analizar la población, los indicadores y evaluar la progresión de la implantación de la Guía de RNAO®: “Valoración del riesgo y prevención de las ulceras por presión”. La implantación se inicia el 1 diciembre 2022.en dos Unidades de Hospitalización.

Método

Se realiza estudio descriptivo retrospectivo. Desde noviembre 2022 a abril 2023. Origen de los datos: plataforma de evaluación Carevid® (3) y aplicativo de Cuidados de Enfermería Gacela Care® en la unidad de Cuidados Paliativos (H2P) y unidad de Cirugía- ginecología (H31).

Resultados

Unidad H2P 186 ingresos en 6 meses. Media de edad; 78.8 [77- 82,9] ±2.4 años. Mujeres; media 41.6% [37.6%-48.4%] ±3.8% y hombres 58.5% [51.6%-63 %] ±4%. Los días de aplicación de los cuidados; media 9.54 [6.89-12.71] ±1.88.Las evaluaciones de riesgo se realizan al ingreso con Escala Braden media: 98,2% [92.9%-100%] ±3. Las reevaluaciones en los momentos establecidos según el riesgo; media 41.1% [0% noviembre-84.2% abril] ±34.1%. Los pacientes con riesgo de padecer lesiones por presión (LPP): media 53.4% [34.6% noviembre- 67.6% abril] ± 13.7%. La utilización de

los dispositivos de alivio de presión: media 28% [8.3% febrero-50% abril] ±12.9%. Las LPP registradas: media 29.1% [3.6% febrero-38.7% abril] ±12.9%. De estas; media 14.6% [0 % febrero-22.6% abril] ±8.9 % se produjeron al inicio de los cuidados y posterior al inicio de los cuidados; media 16.6% [3.6% febrero-23.1% enero] ±7%. Las LPP asociadas a los cuidados; media 41% [11.1% noviembre-100% febrero] ±33.8%. La incidencia LPP en categorías II a IV; media 8.8% [3.6% noviembre-19.2% enero] ±5.8 %. La incidencia todas categorías; media 16.7% [3.6% febrero-23.3% enero] ±7%.

Unidad H31 1010 ingresos en 6 meses. Media de edad; 63.9 [50- 72,9] ±7.7 años. Mujeres; media 45.5% [32.3%-56.8%] ±9.6% y hombres 54.5% [43.2%-67.7 %] ±9.6%. Los días de aplicación de los cuidados; media 5 [3-6.9] ±1.8. Las evaluaciones de riesgo se realizan al ingreso con Escala Braden media: 91.1% [69%-100%] ±12.5%. Las reevaluaciones en los momentos establecidos según el riesgo; media 29.4% [0% nov. dic.-76.9% marzo] ±31.7%. Los pacientes con riesgo de padecer lesiones por presión (LPP): media 7.4% [0% diciembre, enero-20% abril] ± 7.8%. La utilización de los dispositivos de alivio de presión: media 27.8% [0% dic, ene, feb-66.7% abril] ±31%.Las LPP registradas: media 1.1% [0% -6.5% abril] ±2.6%. De estas; media 0.5% [0 % -3.2% abril] ±2.6% se produjeron al inicio de los cuidados y posterior al inicio de los cuidados; media 0.5% [0% -3.2% enero] ±1.3%. No hay LPP asociadas a los cuidados. La incidencia de las lesiones desarrolladas son de categoría I; media 0.5% [0% febrero-3.2% enero] ±1.3%.

Discusión Práctica: 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 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.

BILBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Guías de buenas prácticas en enfermería. Valoración del riesgo y prevención de úlceras por presión. Nursing Best Prasctise Guidelines Program. [Internet] Toronto, Ontario; Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO®). 2011.

2. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Pérez-López C, Soldevilla-Agreda JJ. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencias en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017(Prevalence of pressure injuries and other dependence-related skin).

Care Evaluation Indicators. Plataforma para la evolución de la implantación de Buenas Prácticas en cuidados de enferrmería, en instituciones sanitarias adheridas al Programa de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Cuidados a través de Centro Comprometidos con la ERxcelencia en Cuidados (CCEC®). [Internet][consultado abril de 2023]Disponible en: https://www.carevid.isciii.es

AUTORES/AUTHORS:

-Francisca Calero Yáñez, Enfermera, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

-María Dolores Saiz Vinuesa, Enfermera, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

ORCID: 0000-0001-8359-303X

-Eloína Rodríguez Moreno. Enfermera, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

-Carmen Carrilero López, Enfermera, Supervisora de la Unidad de críticos, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

-Ana María Piqueras Carrión, Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

-Isabel Murcia Sáez, médico intensivista, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

TÍTULO/TITLE:

ECA: “Eficacia de la nutrición enteral intermitente frente a la administración continua en pacientes críticos”. Pilotaje.

PALABRAS CLAVE: nutrición enteral; enfermo crítico; broncoaspiración; estado nutricional; métodos de alimentación; sonda nasogástrica.

OBJETIVOS: Determinar la eficacia de la Nutrición Enteral Intermitente (NEI) vs Nutrición Enteral Continua (NEC) para la reducción de complicaciones asociadas a la administración de la Nutrición enteral (NE), en pacientes adultos con una sonda nasogástrica en la Unidad de cuidados intensivos (UCI); así como analizar el estado nutricional, la estancia hospitalaria y mortalidad.

MÉTODOS: Pilotaje. Ensayo clínico aleatorizado. Criterios de inclusión: Pacientes de UCI con indicación de NE. Criterios de exclusión: diabéticos insulinodependientes. Variables: Demográficas, clínicas, resultado: complicaciones gastrointestinales, broncoaspiración, estado nutricional. Variable independiente: NEC mediante bomba24h, NEI c/6h mediante bomba 1h. Análisis estadístico: SPSS v 22. Análisis por intención de tratar. Descriptivo: medidas de tendencia central y dispersión y mediante las frecuencias absolutas y relativas. Análisis Bivariante: comprobación de homogeneidad de grupos y contraste de hipótesis. Limitaciones: Imposibilidad de enmascaramiento.

RESULTADOS: 30 Pacientes(15NEC/15NEI) Hombres 70%, Apache II media: 18,77(16,90-20,64) Edad media:61,97años (dt=14,53) IMC medio de 29,02 IC 95% (26,49-31,55). Ventilación mecánica 8,5 días. Estancia mediana 12días (2/79), días de NE mediana 9 días (1-66) Diagnósticos: IRA 43,30%, Shock séptico 6,7%, Enfermedad Neurológica 40%. AP DM: 23,3%. Causas de cambio de modalidad de administración (16,7%): Vómitos, 6,7%, sospecha íleo paralítico3,3%, diarrea 3,3%, ligero aumento de residuo gástrico 3,3%. No broncoaspiraciones. En el

76,7% ha alcanzado el objetivo calórico (OC). Análisis por grupos: Homogeneidad en cuanto a edad, relajantes, días de VM, AP de DM, diagnóstico, tipo NE, MNA, salvo para sexo (88,9% mujeres NEC vs 11,1% NEI). Media de interrupciones de NEI 1,27 vs 3,93 (p=0.014) NEC. Tiempo en alcanzar OC :43,60h NEI vs 39,62h (p=0.17) NEC. Complicaciones: vómitos, 13,3%NEI vs 26,7%NEC; diarrea: 26,7%NEI vs 13,3% NEC; VRG>500cc único caso 6,7% NEC.

DISCUSCIÓN. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA: Los resultados coinciden con la ausencia de evidencia para apoyar un método u otro. Este pilotaje ayuda a seguir en el desarrollo de la investigación completa.

Los resultados futuros ayudaran en la toma de decisiones de los profesionales con los mismos tipos de pacientes, generando conocimientos de la práctica asistencial basados en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1) Lewis SR, Schofield-Robinson OJ, Alderson P, Smith AF. Nutrición enteral versus parenteral y nutrición enteral versus una combinación de nutrición enteral y parenteral para adultos en la unidad de cuidados intensivos. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2018, número 6. Art. No .: CD012276.

2) Singer P, Reintam A, Berger M, Alhazzni W et al..ESPEN Guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Journal Clinical Nutrition.2019;(38)48-79.

3) Patel J, Rosenthal M, Heyland D. Intermittent versus continuous feeding in critically ill adults. Current opinion in clinical nutrition and metabolic care.2018; 21(2): 116-120

4) Maeve Tavares de Araujo V, César Gomes P, Caporossi C.Enteral nutrition in critical patients: should the administration be continuous or intermittent?Nutrición hospitalaria.2014;29(3)563-567

5) Serpa L, Kimura M; Faintuch J; et ál. Effects of continuous versus bolus infusion of enteral nutrition in critical patients.. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo.2003;58(1) 9-14

6) Ichimaru S. Methods of Enteral Nutrition Administration in Critically Ill Patients: Continuous, Cyclic, Intermittent, and Bolus Feeding. Nutrition in clinical practice.2018;33(6) 790-795

7) Aguilera-Martinez R, Ramis-Ortega E et al.Effectiveness of continuous enteral nutrition versus intermittent enteral nutrition in intensive care patients: a systematic review.JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports 2014; 12(1): 281-317

8) Chen YC. Critical analysis of the factors associated with enteral feeding in preventing VAP: a systematic review. J Chin Med Assoc. 2009;72(4):171-178.

OTROS ASPECTOS DEL TRABAJO:

-ASPECTOS ÉTICOS: Consentimiento previo firmado, aprobación por Comisión de Investigación y Comité de Ética de la Gerencia de Atención integrada de Albacete (Acta 07/2021). Registro Clinical Trials: NCT05879263

-Los autores no declaran conflicto de intereses.

-No se ha utilizado inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Mesa 44: Metodología docentes
Session 44: Educational methods

AUTORES/AUTHORS:

Lucía Carton Erlandsson, Nuria Cuesta Sánchez, Iratxe Casañas García de Cortázar, María Murcia Rodríguez, Francisco Javier Fernández Rodríguez, Mónica Santos Rodríguez

TÍTULO/TITLE:

Eficacia de una intervención educativa en formato audiovisual sobre comunicación empática en enfermeras y TACES

Palabras clave

Comunicación, comunicación en salud, educación continuada, estudios de evaluación como asunto, enfermería.

Objetivo

Determinar la eficacia de una intervención educativa en formato audiovisual sobre comunicación empática en enfermeras y TCAES

Métodos

Para dar respuesta al objetivo planteado, se diseñó un estudio cuasiexperimental con evaluación pre-post intervención, realizado en enfermeras y TCAES de hospitalización del Hospital Beata María Ana de Madrid. La intervención consistió en una formación presencial, realizada a través de la emisión de vídeos, en los que se mostraron diferentes escenarios de comunicación en el entorno sanitario (gestión de conflictos, comunicación empática, errores de comunicación con el paciente), con la intención de que los participantes detectaran, interpretaran y respondieran a las situaciones visionadas. Para determinar la eficacia de la intervención propuesta, se desplegó una adaptación del cuestionario de comunicación terapéutica de Granados et al (2022), antes y después de la actividad formativa. La interpretación del mismo se realizó en base a una escala de Likert desde 1 (nada de acuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo), agrupando las variables en dos dimensiones: profesional (donde la mayor competencia comunicativa se relacionaba con puntuaciones cercanas a 4) y contexto/personal (donde mayores competencias se relacionaron con puntuaciones cercanas a 1).

Para el análisis y codificación de los datos, se empleó SPSS 22.0. Se determinó la normalidad de los mismos, objetivando una distribución no normal. Debido a ello, se calcularon las medianas y rangos intercuartílicos, siendo determinadas las diferencias entre grupos mediante la U de Mann-Whitney y la prueba W de los rangos de Wilcoxon. Se aceptó como grado de significación estadística un valor de $p<0,05$.

El tratamiento de la información obtenida se realizó conforme a lo estipulado en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. La participación fue anónima, voluntaria y no remunerada, siendo explicados los preceptos ético-legales que protegen a los participantes en el

momento de realizar el estudio. De manera previa a la participación en el estudio, fue entregado un consentimiento informado, el cual fue firmado por los participantes. El estudio se realizó conforme a las normas de la Declaración de Helsinki sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres

humanos. En todo momento se preservó la confidencialidad de los participantes en el estudio, evitando que ningún dato pudiera correlacionarse con un individuo en particular.

Resultados

Fueron incluidos 119 participantes en el estudio. 92,4% (110) fueron mujeres y 7,6% (9) hombres. De ellos, 63,9% (76) fueron TCAE y 36,1% (43) enfermeras. Se halló una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados pre intervención y post intervención, tanto en la dimensión profesional (PRE: mediana 3,1. RIC: 0,34; POST: mediana 3,6. RIC: 0,36; p=0,000), como en el contexto/personal (PRE: mediana 2,1. RIC: 0,67; POST: mediana 1,9. RIC: 0,78; p=0,000). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género ni la categoría profesional, con p> 0,05 en todos los casos.

Discusión

La comunicación es un aspecto esencial en los cuidados de la salud, ya que incide de manera directa en la calidad y seguridad de la asistencia a los pacientes (Lofi et al., 2019; Wilkinson et al., 2008). La habilidad para comunicarse de forma clara, empática y asertiva es fundamental en la práctica clínica, facilitando a los profesionales el establecer relaciones de confianza con sus pacientes, las cuales permiten aumentar la transmisión de información y generar un clima de seguridad, garantizando con ello una atención integral. Por otro lado, permite resolver situaciones de crisis, brindar un apoyo emocional adecuado, así como fomentar la educación y promoción de la salud (Aiken et al., 2018; Fakhr et al., 2016; Rostami et al., 2012). Es por ello, que realizar acciones conducentes a mejorar las competencias comunicativas de enfermeras y TCAEs deben ser ampliamente consideradas, debido al impacto directo que generan sobre la práctica clínica. Siendo técnicas innovadoras, como el soporte audiovisual, altamente eficaces para ello, a la luz de los resultados obtenidos en el presente estudio.

Finalmente, es importante destacar que, si bien se pudo realizar la investigación sobre la totalidad de la población a estudio, sería necesario ampliar dicha muestra a otros profesionales sanitarios en otros centros y entornos, con el objetivo de poder certificar de una manera más fehaciente la eficacia de la técnica propuesta.

Los investigadores declaran no presentar ningún conflicto de intereses y que la redacción del texto es original.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open, 8*(1):e019189. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019189.

Fakhr-Movahedi A, Rahnavard Z, Salsali M, Negarandeh R. (2016). Exploring Nurse's Communicative Role in Nurse-Patient Relations: A Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences, 5*(4): 267–276. doi:10.15171/jcs.2016.028

Granados-Gámez G, Sáez-Ruiz, I. M, Márquez-Hernández VV, Rodríguez-García MC, Aguilera-Manrique, G Cibanal-Juan, ML, Gutiérrez-Puertas L. (2022). Development and Validation of the Questionnaire to Analyze the Communication of Nurses in Nurse-Patient Therapeutic

Communication. *Patient Education and Counseling, 105*(1): 145-150. doi:10.1016/j.pec.2021.05.0

Lotfi M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Khajehgoodari M. (2019). Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing Open, 6*(3):1189-1196. doi: 10.1002/nop2.316.

Rostami H, Mahdie G, Abas M. (2012). Evaluation of communication skills of nurses from hospitalized patients' perspective." *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty, 10*(1). http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-735-en.htmlER

Wilkinson S, Perry R, Blanchard K, Linsell, L. (2008). Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a

randomised controlled trial. *Palliative Medicine, 22*(4): 365–375. doi:10.1177/0269216308090770

AUTORES/AUTHORS:

Aloma Antolí Forner, Irene Llagostera Reverter, Víctor Manuel González Chordá, Águeda Cervera Gasch, Desirée Mena Tudela, Laura Andreu Pejo, María Jesús Valero Chillerón

TÍTULO/TITLE:

Inteligencia emocional en estudiantes de Grado en Enfermería en España

Palabras clave: Inteligencia emocional, Educación en enfermería, Estudiantes de enfermería, Enfermería

Objetivo. Explorar el nivel de inteligencia emocional (1E) en estudiantes de enfermería españoles.

Métodos. Estudio transversal, mediante un formulario autoadministrado con Qualtrics y difundido a través de redes sociales, dirigido a estudiantes de enfermería de todo el territorio español. Se incluyeron variables sociodemográficas, relacionadas con el ámbito académico y el instrumento Trait Meta Mood Scale (TMMS-24) para medir el nivel de IE percibida (Atención que se presta a las emociones; Comprensión de las mismas; Regulación emocional). Se realizó un análisis descriptivo y bivariante de la muestra, utilizando el software SPSS v.25, y 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. La muestra (n=587) tenía una edad media de 23 años (sd=7,53), el 83,5% (n=490) eran mujeres. El 51,4% (n=382) refirieron una nota media entre 7.1-8 (51,4%, n=302), seguido del 27,8% (n=163), con una nota entre 8,1-9 puntos. La satisfacción de los estudiantes con las prácticas clínicas (n=476) fue de 8,25 (sd=18,226) puntos sobre 10. Según los resultados de TMMS-24, el 38,6% (n=227) prestaba una atención inadecuada a sus emociones, el 39,75% (n=233) no las identificaba correctamente y el 40,5% (n=238) tenía una regulación emocional inadecuada. Se observaron diferencias en el nivel de atención emocional (p=0,006), comprensión de las mismas (p=0,004) y regulación emocional (p=0,048) en función del sexo. Así, un mayor porcentaje de hombres que de mujeres prestaba atención excesiva a sus emociones (28,9% vs. 15,3%), tenían un nivel de comprensión excelente de las mismas (14,4% vs. 5,9%) y regulaban adecuadamente sus emociones (64,9% vs. 51,6%). Además, se observaron diferencias significativas en el nivel de atención emocional de los hombres en función del curso académico (p=0,048), siendo los de tercer curso cuando más inadecuadamente prestaban atención a sus emociones (n=17, 73,9%). Por su parte, las mujeres presentaron diferencias en el nivel de atención emocional y regulación emocional en función de si tenían hijos, observándose que con hijos el porcentaje de adecuada atención emocional es menor (51,4% vs. 63,7%; p=0,022) aunque el porcentaje de regulación emocional es mayor entre las que tienen hijos (68,6 vs. 56,2%; p=0,039), así como entre la correcta identificación emocional y el estado civil (p=0,001), siendo las solteras las que peor identifican sus emociones en comparación con las que tienen pareja o presentan un estado civil alternativo (45,2% vs. 32%, 13,3% respectivamente).

Discusión. La IE es la capacidad de identificar, comprender y regular las emociones a nivel intrapersonal e interpersonal por medio de la empatía y las habilidades sociales, resultando esencial en enfermería. A diferencia de nuestro estudio,

diversos autores observan una asociación positiva entre el nivel de IE y el rendimiento académico, así como disparidad entre las asociaciones entre el nivel de IE y el sexo. La IE desempeña un importante papel en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Potenciar la IE desde la docencia favorece el progreso académico, profesional y personal de los futuros enfermeros al facilitar la resiliencia en el día a día.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Aradilla Herrero, A. (2013). *Inteligencia Emocional y variables relacionadas en Enfermería* [Universidad de Barcelona]. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/119774/ARADILLA_TESIS.pdf;j

Barrera-Gálvez, R., Solano-Pérez, C., Arias-Rico, J., Jaramillo-Morales, O., & Jiménez-Sánchez, R. (2019). La Inteligencia Emocional en Estudiantes Universitarios. *Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de La Salud Del 1CSa,* 7(14), 50-55. https://doi.org/10.29057/icsa.v7i14.4437

Danvila, I., & Sastre, M. A. (2010). Inteligencia Emocional : una revisión del concepto y líneas de investigación. *Cuadernos de Estudios Empresariales, 20.* https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3934705

Del Pino Peña, R., & Aguilar Fernández, M. de los Á. (2014). La inteligencia emocional como una herramienta de la gestión educativa para el liderazgo estudiantil. *Cuadernos de Administración, 29(50).* https://dolorg/10.25100/cdea.v29i50.49

Extremera Pacheco, N., Fernández Berrocal, P., Mestre Navas, J., & Guil Bozal, R. (2004). Medidas de Evaluación de la Inteligencia Emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología,* 36, 209228. https://www.redalyc.org/pdf/805/80536203.pdf

Fernández Berrocal, P., & Extremera Pacheco, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey . *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado, 19(3),* 63-93.

Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2016). Validity and Reliability of the Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale. *Http://Dx.Doi.Org/10.2466/Pr0.94.3.751-755, 94(3* I), 751-755. https://doi.org/10.2466/PRO.94.3.751-755

Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2018). Instrumentos de evaluación en inteligencia emocional: una revisión sistemática cuantitativa. *Perspectiva Educacional,* 57(2). https://doi.org/10.4151/07189729-Vol.57-Iss.2-Art.712

Otros aspectos del trabajo:

i. 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.
ii. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.
iii. No se ha utilizado inteligencia artificial en la elaboración de la redacción del resumen.

AUTORES/AUTHORS:

Mañeru Oria, Amaya; Mateo Cervera, Ana Maria; Irigoyen Aristorena, Isabel; Ortiz Zubillaga, Marta; González García, Maria Josefa; Ferraz Torres, Marta; Egaña Gorraiz, Cristina; Fernandez Carrasco, Susana

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la efectividad de acciones de mejora en la valoración de las prácticas de enfermería por las coordinadoras de prácticas: un estudio prospectivo

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de las propuestas de mejora sugeridas por las Unidades de Prácticas Asistenciales para mejorar la valoración de las prácticas de enfermería realizadas por estudiantes de grado en el Hospital Universitario de Navarra.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo en dos fases mediante un cuestionario de valoración diseñado específicamente para conseguir el objetivo del estudio, con una escala del 1 al 5 para valorar cada uno del os ítems y un apartado de sugerencias de mejora. En la primera fase, envió la encuesta de valoración al final del curso 2018-2019 a las coordinadoras de prácticas de las Unidades de enfermería que acogían estudiantes de Grado de Enfermería de dos universidades asociadas al Hospital Universitario de Navarra. En esta encuesta se identificaron áreas de mejora y se plantearon soluciones para cada una de ellas. En la segunda fase, durante el curso 2022-2023, se volvió a enviar el mismo cuestionario para evaluar si las mejoras propuestas se habían implementado y si habían mejorado la satisfacción de las coordinadoras con las prácticas de enfermería.

Resultados: En la primera fase del estudio se observaron varias áreas de mejora por parte de las coordinadoras de prácticas. La unidad de formación, en colaboración con las universidades, realizó cambios en su organización y en la metodología de la evaluación de los estudiantes. Como resultado, en la segunda fase del estudio, se observó una disminución significativa en las sugerencias de mejora, de 7 pasaron a 2, que se limitaron a aspectos puntuales. Las mejoras implementadas en la organización de las prácticas se vieron reflejadas en la segunda fase de la valoración, dónde se observaron mejoras en la comunicación entre los mentores de la universidad y las coordinadoras de prácticas del hospital (el grado de satisfacción pasó de 4,13 a 4,43), así como en la satisfacción respecto al número de estudiantes que rotaban por las unidades (de 3,66 pasó a 3,81) y la duración de los periodos de prácticas (de 3,6 a 3,75). Además, se observó una mejora en la opinión sobre si los alumnos aportaban nuevos conocimientos, intervenciones o nuevas metodologías de trabajo, que pasó de 2,73 a 2,93.

Discusión: La evaluación continua de las prácticas de enfermería a través de encuestas de valoración permite identificar áreas de mejora e implementar soluciones efectivas que mejoran la calidad de la formación de los estudiantes de grado en enfermería, así como la satisfacción de las coordinadoras de prácticas. La mejora continua de las prácticas de enfermería no solo beneficia a los estudiantes, a los profesionales, y por tanto redunda en la calidad de la atención al paciente en el hospital.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Armstrong L, Shepherd A, Harris F. An evaluation of approaches used to teach quality improvement to pre-registration healthcare professionals: An integrative review. Int J Nurs Stud. 2017 Aug;73:70-84. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.05.005. Epub 2017 May 22. PMID: 28551477.

Armstrong L, Lauder W, Shepherd A. An evaluation of methods used to teach quality improvement to undergraduate healthcare students to inform curriculum development within preregistration nurse education: a protocol for systematic review and narrative synthesis. Syst Rev. 2015 Jan 14;4(1):8. doi: 10.1186/2046-4053-4-8. PMID: 25588516; PMCID: PMC4320447.

Nachinab GT, Armstrong SJ. Unveiling how Clinical Nursing Education can be Improved in Northern Ghana: The Perspectives of Key Informants. SAGE Open Nurs. 2022 May 4;8:23779608221097162. doi: 10.1177/23779608221097162. PMID: 35547862; PMCID: PMC9081709.

Wilson R, Godfrey CM, Sears K, Medves J, Ross-White A, Lambert N. Exploring conceptual and theoretical frameworks for nurse practitioner education: a scoping review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep. 2015 Oct;13(10):146-55. doi: 10.11124/jbisrir-2015-2150. PMID: 26571290.

Jackson M, McTier L, Brooks LA, Wynne R. The impact of design elements on undergraduate nursing students' educational outcomes in simulation education: protocol for a systematic review. Syst Rev. 2022 Mar 23;11(1):52. doi: 10.1186/s13643-022-01926-3. PMID: 35321731; PMCID: PMC8943933.

AUTORES/AUTHORS:

Rivera Alonso, Josefina

Guanter Peris, Lourdes

Oriol Mumbru, Nuria

Soto Gatell, Gemma

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la satisfacción de estudiantes en prácticas en un centro monográfico de cáncer

INTRODUCCIÓN:

Conocer las motivaciones y expectativas sobre las estancias formativas permite evaluar la satisfacción de todo el proceso formativo, desde el procedimiento de acogida hasta la satisfacción del aprendizaje y la docencia recibida. La evaluación de la satisfacción de las prácticas de los estudiantes en entornos de prácticas hospitalarias puede favorecer la mejora continua en los procesos formativos. La satisfacción tiene un impacto en la motivación de los estudiantes, en el reclutamiento de nuevos estudiantes y en la retención de los estudiantes existentes.

OBJETIVO: Describir el nivel de satisfacción de los alumnos que realizan una estancia de prácticas en un centro monográfico de cáncer.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo y transversal, realizado en la Unidad de Docencia de un centro monográfico de cáncer. La población la constituyen alumnos de ciclos formativos, de grado, postgrado y máster universitario y estancias formativas de profesionales durante el año 2022. El cuestionario fue diseñado ad hoc con 22 ítems con valoración del 0 al 10, los 10 primeros ítems hacen referencia a variables sociodemográficas, el 10-11 y 12 a la acogida recibida, de la 13 a la 16 a la actividad docente de los profesionales, y de la 17 a la 20 a la formación práctica. Los dos últimos ítems son dos campos abiertos para aportar puntos fuertes y puntos débiles. El cuestionario fue enviado vía on-line a los 257 estudiantes del año 2022.

RESULTADOS:

Se recibieron 92 cuestionarios cumplimentados, un 35,7% del total de rotaciones. Los principales resultados muestran que los estudiantes encuestados tienen un nivel de satisfacción alto, la acogida en la estancia realizada fue valorada con una puntuación media de 8,9 (min: 0, máx: 10); la formación práctica fue valorada con una puntuación media de 8,7 (min: 0, máx: 10) y la docencia fue valorada con una puntuación media de 8,9 (min: 0, máx: 10). En cuanto al ajuste de sus expectativas respecto al contenido de las prácticas se define una valoración media de 8,61 (min: 22, max: 110).

CONCLUSIONES:

A partir de la alta valoración de los períodos de prácticas por parte del alumnado y a pesar de no obtener resultados significativos de baja valoración en las unidades de acogida, detectamos áreas de mejora a fin de atender a las demandas realizadas por el alumnado en este estudio. Como acciones de mejora se propone establecer indicadores de proceso y programar reuniones previo a los períodos académicos entre la unidad de Docencia y los tutores clínicos para plantear un seguimiento más riguroso, evaluación continuada e indicadores de resultado contrastando así los objetivos formativos con las expectativas y con los resultados tras las valoraciones de los estudiantes. Debido al impacto que tiene la satisfacción de los estudiantes también sería importante para el centro implementar la evaluación de la satisfacción académica de los estudiantes con escalas validadas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1.Rossini, S., Mazzotta, R., Kangasniemi, M., Badolamenti, S., Macale, L., Sili, A., Vellone, E., Alvaro, R. & Bulfone, G. (2022). Measuring academic satisfaction in nursing students: a systematic review of the instruments. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, *19*(1), 20210159. https://doi.org/10.1515/ijnes-2021-0159

2.Rahmatpour, P., Sharif Nia, H., & Peyrovi, H. (2019). Evaluation of psychometric properties of scales measuring student academic satisfaction: A Systematic review. *Journal of education and health promotion*, *8*, 256. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp 466 19

3.Dursun Ergezen, F., Akcan, A., & Kol, E. (2022). Nursing students' expectations, satisfaction, and perceptions regarding clinical learning environment: A cross-sectional, profile study from Turkey. *Nurse education in practice*, *61*, 103333. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103333

AUTORES/AUTHORS:

Juan Carlos Fernández-Domínguez1•z, Iosune Salinas Bueno', Maria Teresa Arbós Berenguerl•z, Olga Velasco Roldán1,2

1 Nursing and Physiotherapy Department, University of the Balearic Islands, Road to Valldemossa, km 7.5, 07122 Palma, Spain.

2 Health Research Institute of the Balearic Islands (IdISBa), Palma, Spain.

Juan Carlos Fernández-Domínguez ORCid: 0000-0001-7771-6814

Iosune Salinas Bueno ORCid: 0000-0003-1482-1056

María Teresa Arbós Berenguer ORCid: 0000-0003-0860-9710
Olga Velasco Roldán ORCid: 0000-0003-2376-433X

TÍTULO/TITLE:

Análisis de la fiabilidad interevaluador de las rúbricas de evaluación de una experiencia piloto de ECOE

Palabras clave: Objective Structured Clinical Examination (OSCE), reliability, physical therapy, assessment

Objetivo

Analizar la fiabilidad interevaluador de las puntuaciones obtenidas en las rúbricas de evaluación específicamente diseñadas para cada escenario clínico de una experiencia piloto de implantación de Evaluación por Competencias Objetiva Estructurada (ECOE) en la asignatura Practicum 1 del Grado de Fisioterapia de la UIB en el curso 2021-22.

Métodos:

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal de validación psicométrica (fiabilidad interevaluador).

Ambito o escenario: La ECOE se llevó a cabo en las 4 aulas de prácticas (1 por cada uno de los 4 escenarios clínicos planteados) del Grado de Fisioterapia en el edificio Beatriu de Pinós de la UIB el día 22 de junio de 2022.

Sujetos/Participantes: La ECOE estaba compuesta por 4 escenarios clínicos, dos de valoración (uno de patología articular -escenario 1- y otro tendinosa -escenario 2-) y dos de tratamiento (uno del ámbito neurológico -escenario 3- y otro musculoesquelético -escenario 4-). Cada escenario clínico ha sido evaluado mediante una rúbrica específica, por dos profesores, uno relacionado con el equipo de trabajo que diseñó los escenarios y el otro un profesor evaluador adicional, especialista en el ámbito de conocimiento del escenario Criterio de selección de profesores: haber impartido o impartir actualmente docencia en asignaturas relacionadas con el escenario clínico en que participaban. Se evaluó a un total de 9 alumnos que participaron de forma voluntaria en la experiencia piloto.

Instrumentos utilizados para la obtención de datos y variables/dimensiones: Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad) tanto de alumnos como de profesores, así como variables académicas de los alumnos y de experiencia docente y clínica de los profesores.

Como instrumento para la obtención de los resultados del estudio se emplearon rúbricas de evaluación ad hoc adaptadas, es decir, que permitían evaluar de forma ponderada diversos componentes/criterios competenciales (dimensiones) predeterminados para cada una de ellas. Las rúbricas de los escenarios de tratamiento constaron respectivamente de 39 items divididos en 5 dimensiones (presentación, comunicación, adecuación de ejercicios propuestos, seguridad del paciente y educación cuidador/a) y de 25 ítems distribuidos en 4 dimensiones (presentación, comunicación, adecuación técnicas propuestas y aplicación técnicas de tratamiento); mientras que las rúbricas de los escenarios de valoración constaban respectivamente de 45 ítems divididos en 4 dimensiones (presentación, anamnesis, examen físico y comunicación y actitud) y de 34 items divididos en 4 dimensiones (presentación, anamnesis, examen físico, adecuación de las técnicas propuestas, comunicación y actitud). Cada ítem es evaluado con 3 posibles opciones de respuesta: "se cumple" (1 punto), "se cumple de forma incompleta" (0,5 puntos), "no se cumple" (0 puntos).

Análisis de datos o proceso y método: Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, tanto categóricas como cuantitativas. Para el análisis de fiabilidad interevaluador se utilizó el índice de Kappa ponderado (Kp) para las rúbricas globales y para cada uno de sus componentes/dimensiones, siguiendo la clasificación de Altman: concordancia pobre (Kp <0.20), baja (0.21-0.40), moderada (0.41-0.60), buena (0.61-0.80) y excelente (0.81-1.00)).

Este estudio fue concedido por el Institut de Recerca i Innovació Educativa perteneciente al Vicerrectorat de Personal Docente e Investigador en la Convocatória d'ajuts per a projectes d'innovació i millora de la qualitat docent. Any académic 2021-2022 (PID212229).

Los autores declaran no tener conflicto de intereses y no se ha utilizado ningún tipo de inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción del presente trabajo.

Resultados:

La concordancia (Kp) de las puntuaciones obtenidas para cada una de las rúbricas fue variable, siendo "baja" 0.372 (IC95%: 0.272-0.471 para el escenario 3 y "buena" con índices de Kappa ponderados de 0.713 (IC95%: 0,644-0.783); 0.611 (IC95%: 0.506-0.716) y de 0.651 (IC95%: 0.539-0.762) para los escenarios 1, 2 y 4 respectivamente. En el escenario 1, todas las dimensiones obtienen calificaciones "buena", excepto la D4 "Comunicación y actitud"; mientras en el escenario 4 todos los componentes, excepto el D1 "Presentación" obtienen calificaciones "moderada" o "buena". El escenario 3 presenta el componente D4 "Seguridad del paciente" con calificación "buena", obteniendo calificación "baja" en el resto; y en el escenario 2, la D3 "Exploración física" obtiene calificación "buena" y el resto se calificarían como "pobre".

Discusión e implicaciones para la práctica:

Se obtienen mejores valores de fiabilidad cuando se trata de evaluadores que imparten clases presenciales en el momento actual en la/s asignatura/s de las que forma parte el escenario clínico (Rushforth 2007; White 2023). En el caso de competencias específicas también se mantienen los valores de fiabilidad en caso de evaluadores con experiencia clínica contrastada en el área del escenario, aunque no forme parte de esa/s asignatura/s (Goh et al., 2022; Patricio et al., 2013). Entre los escenarios se aprecian diferencias de fiabilidad muy importantes en la evaluación de las competencias transversales, posiblemente relacionadas con una definición teórica deficiente de los constructos subyacentes y/o a diferencias en cuanto al profesorado en cuanto a los criterios de evaluación de esos constructos.

Como implicaciones prácticas se destacaría el hecho de que se debe mejorar el diseño de las rúbricas de evaluación (definición teórica y operativa de los constructos subyacentes, criterios de valoración, número de ítems...).

Se debe además seleccionar de forma cuidadosa los profesores evaluadores de cada escenario en base especialmente a su experiencia docente, aunque también clínica en algunos casos. De este modo parece que lo más adecuado es seleccionar a los profesores evaluadores en base a su implicación docente en las asignaturas relacionadas con el escenario en el momento de realización de la ECOE, y únicamente en el caso de la medición de competencias específicas sería posible seleccionar profesorado con amplia experiencia clínica en esa área.

A pesar de que las ECOE se consideran una herramienta con enorme potencial para una evaluación integral de los alumnos; sin embargo, es necesario hacer un esfuerzo en relación a los instrumentos de evaluación de las mismas, analizando en investigaciones futuras otras propiedades psicométricas de las mismas, así como las causas de las diferencias en las calificaciones obtenidas en sus distintos componentes/dimensiones. En este sentido, parece imprescindible prestar especial atención a la definición teórica de cada uno de los constructos (componentes) que conforman la rúbrica de evaluación, ya que hay enormes diferencias de fiabilidad cuando se incluyen ítems con constructos poco claros (entremezclando por ejemplo aspectos de comunicación/actitud).

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 Goh, H.S., Ng, E., Tang, M.L., Zhang, H., & Liaw, S.Y. (2022). Psychometric testing and cost of a five-station OSCE for newly graduated nurses. Nurse Education Today, 112,105326.

2 Patrício M.F., Juli5o, M., Fareleira, F., & Carneiro, A.V. (2013). Is the OSCE a feasible tool to assess competencies in undergraduate medical education? Medical Teacher, 35(6), 503-14

3 Rushforth, H.E. (2007). Objective structured clinical examination (OSCE): review of literature and implications for nursing education. Nurse Education Today. 27(5), 481-90.

4 White, K. (2023). To OSCE or not to OSCE? BMJ.;381,1081.

AUTORES/AUTHORS:

Juan Carlos Fernández-Domínguez1•z, losune Salinas Bueno', Maria Teresa Arbós Berenguerl•z, Olga Velasco Roldán1,2

1 Nursing and Physiotherapy Department, University of the Balearic Islands, Road to Valldemossa, km 7.5, 07122 Palma, Spain.

2 Health Research Institute of the Balearic Islands (IdISBa), Palma, Spain.

Juan Carlos Fernández-Domínguez ORCid: 0000-0001-7771-6814

losune Salinas Bueno ORCid: 0000-0003-1482-1056

María Teresa Arbós Berenguer ORCid: 0000-0003-0860-9710

Olga Velasco Roldán ORCid: 0000-0003-2376-433X

TÍTULO/TITLE:

Experiencia y satisfacción de profesores y alumnos con el estudio piloto de implantación de ECOE

Palabras clave: Objective Structured Clinical Examination (OSCE), personal satisfaction, physical therapy, cost analysis

Objetivos

1. Analizar la experiencia y grado de satisfacción autopercibido de profesores y alumnos con la implantación de una ECOE piloto en la asignatura Practicum I del 3er curso del Grado de Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears (UIB) en el curso académico 2021-22.

2. Analizar la viabilidad de la futura implantación de la ECOE como sistema de evaluación general de las asignaturas de Prácticum de los estudios de Grado de Fisioterapia de la UIB.

Métodos

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal.

Ambito o escenario: La ECOE se llevó a cabo en las 4 aulas de prácticas (1 por cada uno de los 4 escenarios clínicos planteados) del Grado de Fisioterapia en el edificio Beatriu de Pinós de la UIB el día 22 de junio de 2022.

Sujetos/Participantes: Alumnos y profesores del Grado de Fisioterapia de la UIB. Para la captación de los alumnos se utilizó un muestreo no probabilístico de conveniencia (voluntarios). Como criterios de inclusión: estar matriculados en la asignatura de Prácticum I de 3er curso del Grado de Fisioterapia en el curso académico 2021-22. No se aplicaron criterios de exclusión específicos.

Los profesores evaluadores (2 por cada uno de los 4 escenarios clínicos de la ECOE) fueron reclutados de entre los que tenían docencia asignada en la asignatura de Prácticum I en el documento de capacidad docente del Departamento de Enfermería y Fisioterapia. El único criterio de selección de los mismos fue que hubiesen impartido o impartiesen actualmente docencia en alguna de las asignaturas relacionadas con el área de especialización de cada uno de los escenarios clínicos planteados.

Diseño de los escenarios clínicos de la ECOE: Sobre un repositorio de 10 escenarios clínicos (estaciones) prediseñadas relacionados con las distintas áreas clínicas de actuación de la Fisioterapia, se han seleccionado 4 escenarios clínicos para la experiencia piloto actual, dos de valoración (relacionados con el ámbito del sistema musculoesquelético) y 2 de tratamiento (uno del ámbito neurológico y otro del musculoesquelético). Cada uno de los escenarios clínicos ha sido evaluado (mediante rúbrica específica por escenario) por dos profesores, uno relacionado con el equipo de trabajo que diseñó los escenarios y el otro un profesor evaluador adicional, especialista en el ámbito de conocimiento del escenario.

Instrumentos utilizados para la obtención de datos: Todas las variables del estudio se recogieron mediante encuesta. En concreto: dos cuestionarios diseñados ad hoc (para cumplir el objetivo 1) y dos hojas de recogida de información, una para pacientes simulados y otra para auxiliar de prácticas, para cumplir el objetivo 2.

Variables /Dimensiones: En concreto, se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad) tanto de alumnos como de profesores. En relación a los alumnos también se recogieron variables académicas (media de expediente, créditos superados en el Grado en general y por materias), vía de acceso al Grado y régimen de permanencia (tiempo parcial o completo).

En relación a los profesores se recogieron variables relacionadas con la experiencia docente y clínica en el ámbito del escenario clínico que evaluaron.

Para la recogida de las variables resultado se emplearon dos tipos de instrumentos.

En relación con el objetivo 1 se emplearon cuestionarios ad hoc para profesores y alumnos. Ambos están compuestos por 2 dimensiones comunes; aunque el cuestionario para profesores consta de una tercera dimensión adicional.

Las dos dimensiones comunes son: "planificación de los escenarios clínicos" (5 ítems) y "recursos materiales y humanos" (5 ítems). La dimensión adicional del cuestionario para profesores se denomina "capacidad evaluativa y adecuación a las competencias" (6 ítems).

El cuestionario para alumnos consta de 10 ítems; mientras que el de profesores consta de 16 ítems. Cada ítem se valora sobre una escala tipo Likert de 6 puntos (donde O significa totalmente en desacuerdo y 5 significa totalmente de acuerdo con la afirmación). Además cuenta con un ítem adicional para evaluar la satisfacción general con la actividad (medido mediante escala Likert de 11 puntos, donde O indica "nulo" y 10 "total").

En cada uno se incluye un apartado que permite hacer comentarios cualitativos tras cada una de las dimensiones y un apartado final de valoración cualitativa para indicar al menos 3 puntos fuertes y 3 puntos débiles/a mejorar.

En relación con el objetivo 2 del estudio se utilizó una hoja de recogida de información para el profesorado (que recogía los tiempos dedicados tanto a la preparación como a la ejecución de la ECOE), así como otra hoja de recogida de información para la auxiliar de prácticas, donde se recogieron las necesidades de material tanto inventariable como fungible utilizado.

Análisis de datos o proceso y método: Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, tanto categóricas como cuantitativas, así como un análisis de contenido de los comentarios cualitativos incluidos en las distintas herramientas de medición utilizadas.

Este estudio fue concedido por el Institut de Recerca i Innovació Educativa perteneciente al Vicerrectorat de Personal Docente e Investigador en la Convocatória d'ajuts per a projectes d'innovació i millora de la qualitat docent. Any académic 2021-2022 (PID212229).

Los autores declaran no tener conflicto de intereses y no se ha utilizado ningún tipo de inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción del presente trabajo.

Resultados

Se incluyeron 9 alumnos voluntarios. Los alumnos han valorado con una media de 8,4 (DE=0,4) su grado de satisfacción global con la experiencia piloto de ECOE (escala Likert 0-10). Además, han obtenido puntuaciones medianas de 4,80 (RIC= 0,7) y 5 (RIC=0,20) en relación a las dimensiones 1 (D1) (planificación de los escenarios clínicos) y D2 (recursos humanos y materiales) (escala Likert 0-5). Por áreas de interés se ha obtenido: en relación a la D1, una puntuación mediana de 4,67 (RIC= 0,83) en relación a la "Documentación escrita sobre el escenario clínico" y de 5 (RIC=1) respecto a la "Preparación de los actores". En relación a la D2, se ha obtenido una puntuación mediana de 5 (RIC=O) en relación a "Adecuación del tiempo", 5 (R/C=0,33) en relación a "Adecuación de recursos materiales y espacios" y de 5 (RIC=O) en relación a "Desarrollo global de la actividad evaluativa".

Respecto a los comentarios cualitativos, los alumnos manifiestan en general la utilidad de esta metodología evaluativa para prepararse para el mundo laboral, así como su alta satisfacción con la planificación de los escenarios, únicamente argumentando como aspecto a mejorar la falta de tiempo en el lectura de los datos de evaluación del paciente en los escenarios clínicos de tratamiento; así como también en relación a los recursos humanos y materiales empleados, manifestando que hubiese resultado de interés el conocimiento previo tanto de la/s sala/s como del material para la preparación de la resolución del caso clínico.

Los profesores han valorado con una media de 8,3 (DE=0,3) su grado de satisfacción global. Además, han puntuado con una media de 4,5 (DE=0,1) su grado de satisfacción con la D1 (planificación de los escenarios clínicos), 4,7 (DE=0,2) la D2 (recursos humanos y materiales) y 4,5 (DE=0,1) la D3 (Capacidad evaluativa). Por áreas de interés

(indicadores) se ha obtenido: en relación a la D1, una puntuación media de 4,1 (DE=0,2) en relación a la "Documentación escrita sobre el escenario clínico" y de 5 (DE=0) respecto a la "Preparación de los actores". En relación a la D2, se ha obtenido una puntuación media de 5 (DS=0) y de 4,6 (05=0,3) en relación a la "Adecuación del tiempo" y "Adecuación de recursos materiales y espacios" respectivamente. Además, una puntuación mediana de 4,5 (RIC=1) en relación al "Desarrollo global de la actividad evaluativa". Por último en relación a la D3, se han obtenido unas puntuaciones medianas de 4 (RIC=1,1); 5 (RIC=0,8); 5 (RIC=0,4); 4,5 (RIC=1); en "Relevancia y grado de representatividad de los ítems evaluados"; "Calidad de la evaluación"; "Adecuación y desarrollo de competencias" y "Implementación en asignaturas", respectivamente.

Respecto a los comentarios cualitativos, los profesores manifiestan la capacidad de la ECOE de integrar contenidos de diferentes asignaturas y de ahí, indican la necesidad de generalizar la implementación de este tipo de evaluación en el Grado indicando además que creen que se están evaluando competencias que han sido poco trabajadas en el Grado (pej. comunicación, ...). Finalmente, varios profesores coinciden en la necesidad de inclusión de más ítems para la evaluación de algunas competencias específicas en las rúbricas de evaluación de los casos/escenarios clínicos de valoración.

Respecto al análisis de viabilidad: el tiempo total invertido estuvo alrededor de 7 horas/paciente estandarizado (actor), con aprox 4h 15min para preparación y ensayo y 2h45min para ejecución, aunque se muestra una enorme variabilidad en cuanto a los tiempos totales invertidos por parte de los pacientes simulados (actores) en el desarrollo de los escenarios clínicos. Solo se necesitó la adquisición de material de atrezzo con un coste total aproximado de 90 euros.

Discusión e Implicaciones para la práctica

El grado de satisfacción con la prueba piloto ECOE es muy alto, de manera que tanto profesores como alumnos abogan por su implementación de forma generalizada, corroborando los resultados de los escasos estudios realizados sobre el tema (Gilani et al, 2022; Trejo et al, 2014; Tervo et al, 1997). Su generalización parece viable desde el punto de vista de infraestructura y material, aunque podría suponer un coste elevado (aprox 1800 euros por 4 estaciones /por curso) en caso de uso de actores profesionales (Patricio et al, 2013). Como limitación del estudio debemos tener en cuenta el pequeño tamaño muestral de este estudio piloto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 Gilani, S., Pankhania, K., Aruketty, M., Naeem, F., Alkhayyat, A., Akhtar, U.,..., Sinha S. (2022). Twelve tips to organise a mock OSCE. Medical Teacher, 44(1), 26-31.

2 Patrício M.F., Juli5o, M., Fareleira, F., & Carneiro, A.V. (2013). Is the OSCE a feasible tool to assess competencies in undergraduate medical education? Medical Teacher, 35(6), 503-14

3 Tervo, R.C., Dimitrievich, E., Trujillo, A.L., Whittle, K., Redinius, P., & Wellman, L. (1997). The Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in the clinical clerkship: an overview. South Dakota Journal of Medicine, 50(5),153-6.

4 Trejo-Mejía, J.A,. Martínez-González, A., Méndez-Ramírez, I., Morales-López, S., Ruiz-Pérez, L.C., & Sánchez-Mendiola, M. (2014). [Clinical competence evaluation using the Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in medical internship at UNAM]. Gaceta Medica de Mexico,150(1), 8-17.

AUTORES/AUTHORS:

Elena Sutil-Rodríguez: Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora SACYL. Centro

adscrito a la Universidad de Salamanca. ORCID: 0000-0001-8397-641X

Jose Carlos López-García: Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora SACYL. Centro adscrito a la Universidad de Salamanca. ORCID: 0009-0002-7567-5187

María José Fermoso-Palmero: Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora SACYL. Centro adscrito a la Universidad de Salamanca. ORCID: 0000-0003-3284-0330

Azucena González-Sanz: Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora SACYL. Centro adscrito a la Universidad de Salamanca. ORCID: 0000-0002-3160-1496

Belén García-Sánchez: Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora SACYL. Centro adscrito a la Universidad de Salamanca. ORCID: 0000-0003-2102-600X

TÍTULO/TITLE:

Satisfacción de los estudiantes de Enfermería con proyectos de Aprendizaje Servicio integrados en las asignaturas

Palabras clave:

Enfermería, estudiantes, Aprendizaje-Servicio, Satisfacción

Introducción y objetivo:

Los estudios universitarios integrados actualmente en el Espacio Europeo de Educación Superior promueven cada vez más la implantación en sus planes docentes de metodologías de innovación que permitan mejorar la calidad de la enseñanza y la implicación activa de los estudiantes (1).

Los estudiantes universitarios deben adquirir una serie de competencias y habilidades profesionales, pero también una serie de competencias transversales y personales que les permitan responder a las necesidades de la sociedad de una manera más comprometida y responsable (2).

El aprendizaje servicio (ApS) como metodología docente, permite combinar el aprendizaje de los estudiantes, capacitándolos para prepararse y actuar sobre necesidades reales del entorno, y el servicio a la comunidad encaminado a satisfacer esas necesidades detectadas (3)

En este sentido, la metodología ApS, convierte al estudiante en el eje central de un proceso de integración colectiva entre el profesorado, estudiante y la sociedad (4). Esto permite a los estudiantes la adquisición de competencias curriculares a la vez que prestan un servicio de apoyo a la comunidad, obteniendo un beneficio para todas las partes implicadas en el proceso (2). Los estudiantes se implican de manera activa, a la vez que aplican los conocimientos adquiridos en sus estudios y su experiencia, de una forma responsable y con capacidad de crítica reflexiva (5),

contribuyendo a su vez al desarrollo de la sostenibilidad social y educativa (4). Parece que la tendencia a realizar este tipo de experiencias es mayor en las ciencias sociales y en las disciplinas de la salud (6). En el caso del Grado en Enfermería, estas experiencias pueden permitir a los estudiantes desarrollar habilidades de comunicación, empatía, trabajo en equipo y competencias culturales, promoviendo en ellos el liderazgo; además permite a los estudiantes salir de su zona de confort, ya que en ocasiones estas actividades se desarrollan en lugares diferentes del entorno sanitario (7). No solo eso, si no que este tipo de sinergias, facilitan el aprendizaje de los estudiantes en cuanto a investigación y contenido didáctico, resaltando el papel científico de la enfermería y contribuyendo a desarrollar futuras generaciones investigadoras de estos profesionales (8).

El sector educativo se considera relevante a la hora de llevar a cabo proyectos de ApS desde los estudios de Enfermería. Se establecen relaciones estratégicas en las que se intenta dar solución a intereses mutuos y fomentar la adquisición de conocimientos, habilidades y hábitos saludables entre los jóvenes y adolescentes, permitiéndoles mejorar y afianzar el aprendizaje (9); además, la información se recibe de personas que pueden considerar más cercanas a ellos debido a la corta distancia generacional que los separa, sintiéndose más identificados e implicándose más en el aprendizaje.

Se considera necesario poder evaluar este tipo de experiencias para detectar posibles barreras y posibilidades de mejora, planteándonos como objetivos:

Evaluar la satisfacción de los estudiantes de Enfermería con proyectos de Aprendizaje Servicio integrados en el contenido curricular de las asignaturas de los estudios de Grado, desarrollados en Institutos de Enseñanza Secundaria Obligatoria.

Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo transversal para evaluar la satisfacción de los

estudiantes de Enfermería con las actividades realizadas de ApS.

La población a estudio fueron 125 estudiantes de grado en Enfermería de segundo y tercer curso, que participaron en proyectos de ApS integrados en varias asignaturas del plan de estudios de la escuela Universitaria de Enfermería de Zamora, adscrita a la Universidad de Salamanca, durante los cursos académicos 2021/22 y 2022/23. Se realizó un muestreo no probabilístico de conveniencia, el tamaño muestral se calculó mediante el programa Survey Monkey ®, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%, obteniendo un número necesario de participantes de 95.

Durante estos dos años académicos, se llevaron a cabo proyectos de ApS sobre diferentes temas, vinculándolos al contenido curricular de las asignaturas de Salud Mental, Violencia de Género, Enfermería Comunitaria I y Enfermería Comunitaria II, de los estudios de Grado en Enfermería.

La formación se realizó en tres Institutos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato de Zamora y la metodología consistía en sesiones teóricas y/o prácticas de 50 minutos proporcionadas a diferentes cursos de la ESO y Bachillerato. Las sesiones impartidas fueron:

- Violencia de Género
- Talleres teórico-prácticos de Soporte Vital Básico
- Enfermedades de transmisión Sexual y prevención de embarazo
- Salud Mental y drogas

Todas ellas tuvieron un carácter teórico, excepto los talleres de soporte Vital Básico, enmarcados en el contexto de Educación para la Salud de la asignatura de Enfermería Comunitaria II, que fueron desarrollados en un entorno práctico de simulación, dividiendo a los alumnos en grupos pequeños más operativos en escenarios simultáneos de RCP, Posición de recuperación y Obstrucción de Vía Aérea por Cuerpo Extraño (OVACE); está actividad fue realizada con 2 maniquís de resucitación Anne con Registro (Laerdal®) y un simulador DEA, siguiendo las recomendaciones del 2021 del consejo Europeo de Resucitación (ERC). Se proporcionaron materiales de apoyo visual como presentaciones en pantalla, carteles y folletos con algoritmos.

Para evaluar la satisfacción de los estudiantes con la metodología aplicada, se realizó un cuestionario ad hoc con un primer apartado que consistía en un consentimiento informado, seguido de un apartado que recogía variables sociodemográficas de los estudiantes. El tercer apartado recogía el instrumento utilizado para operativizar la satisfacción de los estudiantes de Enfermería con la metodología de ApS, un cuestionario validado por León-Carrascosa et al. (1) que aporta una fiabilidad elevada con un alfa de Cronbach de 0.96. Está formado por 35 ítems que valoran tres dimensiones diferentes mediante una escala Likert del 1 al 5 (nada-totalmente). Las dimensiones evaluadas eran la Formativa, que se centra en aspectos relacionados con el aprendizaje desde la universidad e incluye la utilidad, el conocimiento y la capacidad de aprendizaje que desarrollan los estudiantes (ítems 1-8); Aprendizaje, que refleja la adquisición de responsabilidad, crecimiento y tiempo además de nuevas herramientas para el futuro profesional; atiende a la reflexión compartida creación de redes de conocimiento y comunicación además de estar centrada en el sentido del servicio, su valor y su proyección hacia los demás (9-20) y Servicio, dimensión relacionada con competencias que generan mayor iniciativa, mayor toma de decisiones, compromiso y mejor ambiente en la experiencia con los alumnos de secundaria; además valora las diferentes acciones llevadas a cabo para adecuar el servicio a los participantes en cuanto a reconocimiento, implicación, coordinación y respuesta (21-35).

Los cuestionarios se elaboraron a través de un formulario realizado con Google forms® que se distribuyó a los estudiantes a través de la plataforma virtual de la Universidad, previa presentación en las aulas. El carácter de los cuestionarios fue anónimo y voluntario.

Los datos recogidos fueron analizados con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), V. 26®, realizando un análisis descriptivo de porcentajes y medidas de centralidad y dispersión.

Resultados:

Se obtuvieron 109 respuestas del total de los alumnos que participaron en el proyecto, la tasa de participación fue de un 87,2% con un 11,9% de hombres y un 88,1% de mujeres. Los estudiantes pertenecían el 9,9% a segundo curso y 90,1 % a tercero. En cuanto a las edades de los participantes encontramos un 4% de participantes de 19 años, 23,8% de 20 años, un 30,7% de 21 años, un 12,9% de participantes de 22 años y un 28,7% de 23 años o más.

Se realizó alfa de Cronbach para determinar la fiabilidad de la escala en nuestro estudio obteniendo un valor de $\alpha = 0,96$

Se valoraron de manera independiente las tres dimensiones que recoge el cuestionario:

Dimensión formativa: se obtuvo una media de 35,7 (DE 3,7) sobre unos valores mínimo y máximo de 24 y 40 respectivamente.

Dimensión aprendizaje: se obtuvo una media de 51,4 (DE 6,7) sobre unos valores mínimo y máximo de 23 y 60 respectivamente.

Servicio: se obtuvo una media de 65 (DE 7,2) sobre unos valores mínimo y máximo de 45 y 75 respectivamente.

En cuanto a la valoración de las respuestas en cada ítem de manera individual, estas fueron muy satisfactorias, siendo mayor a 4 en todos los casos (valoración entre 1-5) menos en el ítem 12, “he desarrollado capacidad para organizar y planificar mi tiempo” de la dimensión aprendizaje, que fue de 3,97. Además en 12 de las 35 respuestas, la valoración fue igual o mayor a 4,5.

El ítem que valoraron de forma más positiva con 4,74 fue el 2 “el servicio está relacionado con los contenidos curriculares de mi futura profesión” de la dimensión formación.

Se incluyó un apartado con propuestas de mejora para el desarrollo de actividades de este tipo, recibiendo respuestas como nuevos temas a tratar relacionados con el contenido curricular de la profesión (hábitos tóxicos, sexualidad, nutrición y ejercicio físico) y nuevos entornos en los que desarrollar la actividad (empresas, facultades, asociaciones y otros ámbitos). Muchos de los estudiantes reflejan también la necesidad de ampliar el tiempo de la actividad expresando en algunos casos que se les hacía corto.

Discusión y Conclusiones:

Según los resultados obtenidos, se encuentra una elevada satisfacción de los estudiantes de enfermería con el desarrollo de actividades de ApS. Hay que valorar además, que la tasa de participación en la encuesta fue bastante alta.

La escala presenta adecuada consistencia interna, lo cual la hace útil para valorar este tipo de actividades, teniendo en cuenta que las tres dimensiones que establece son fundamentales en este proceso.Los valores obtenidos en las tres dimensiones son altos, en todos los casos la puntuación superó el 4 que correspondía a “mucho”, superando en el 34% de los ítems el 4,5, acercándose a la puntuación máxima (totalmente).

Los estudiantes valoran cómo la experiencia les ha hecho crecer y sentirse más responsables coincidiendo con otros estudios (10) en los cuales los estudiantes salían fortalecidos y con aumento del compromiso.

Por otro lado, aunque algunos autores (8) refieren que es posible que los estudiantes no se sientan cómodos al aplicar el contenido didáctico del curso en situaciones del mundo real, la experiencia fuera del entorno clínico ha sido valorada muy positivamente, aportando los estudiantes ideas sobre otros entornos ajenos a la práctica clínica habitual, en los que poder desarrollar proyectos futuros, coincidiendo con lo aportado por autores (3), que refieren como esto les proporciona conocimiento y experiencia como futuras enfermeras en ámbitos comunitarios.

Debemos tener en cuenta las limitaciones existentes ya que, al ser un estudio transversal no se pueden establecer relaciones de causalidad. Además, con el uso de un cuestionario autoadministrado se introduce un sesgo de deseabilidad por parte de los estudiantes.

Se considera necesario ampliar el tamaño muestral y realizar futuros estudios longitudinales que permitan hacer un seguimiento más a largo plazo de los estudiantes. Sería interesante realizar estudios que evalúen la satisfacción del grupo comunitario que recibe la formación así como de los docentes, con la metodología realizada.

Podemos concluir que la experiencia de los estudiantes de enfermería con esta metodología es positiva, les permite aumentar habilidades de comunicación, autocrítica y capacidad de poner en práctica los conocimientos y aprendizajes adquiridos durante sus estudios de una forma más responsable, todo ello contribuyendo a un desarrollo más sostenible de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. León-Carrascosa V, Sánchez-Serrano S, Belando-Montoro MR. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la metodología Aprendizaje-Servicio. Estudios sobre Educación [Internet]. 2020 [acceso 3 abril 2023]; 39: 247-66. Disponible en: Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la metodología Aprendizaje-Servicio | Estudios sobre Educación (unav.edu)

2. Juan Fernández J, El aprendizaje-servicio, una herramienta para sensibilizar frente al problema de la soledad. Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete [Internet]. 2020 [acceso 23 mayo 2023];35(2):253-265. Disponible en: http://www.revista.uclm.es/index.php/ensayos

3. Reig-García G, Cámara-Liébana D, Malagón-Aguilera MC, Pérez-Jiménez B, Mantas-Jiménez S, Roqueta-Vall-llosera M. Service Learning Experience on Health Habits in High School Students Conducted by Nursing Students: A Qualitative Design. Nursing Reports. 2022;12(4):804-13.

3. Durán Ayago, A. Desde el compromiso social hasta el desarrollo sostenible: desafíos docentes de una educación universitaria de calidad transformadora. Revista Educación y Derecho. 2021;1: 215-238.

4. Pérez Galván LM, Ochoa Cervantes AD. El aprendizaje-servicio (APS) como estrategia para educar en ciudadanía. Alteridad. 2017;12(2):175.

5. Belando-Montoro MR, Carrasco Temiño MA. ¿Movilización selectiva del conocimiento a través de los blogs? el caso de las experiencias de aprendizaje-servicio en las universidades españolas. Revista Lusófona de Educação. 2018;(39):169-86.

6. Dombrowsky T, Gustafson K, Cauble D. Service-Learning and Clinical Nursing Education: A Delphi Inquiry. J Nurs Educ. 2019;58(7):381-91.

7. Horning ML, Ostrow L, Beierwaltes P, Beaudette J, Schmitz K, Fulkerson JA. Service learning within community-engaged research: Facilitating nursing student learning outcomes. Journal of Professional Nursing. 2020;36(6):510-3.

8. Markaki A, Prajankett O on, Shorten A, Shirey MR, Harper DC. Academic service-learning nursing partnerships in the Americas: a scoping review. BMC Nurs. 2021;20(1):179

9. Lozano-Díaz A, Martínez Martínez AM, Torres de Haro MJ. El aprendizaje-servicio como metodología de acceso a la innovación educativa. RIDAS [Internet]. 2019

   [acceso 25 mayo de 2023]; 7:122-130. Disponible en: http://revistes.ub.edu/index.php/RIDAS/article/view/RIDAS2019.7.8

Aspectos Éticos: Este estudio cuenta con el consentimiento informado y voluntario de los participantes y el respeto por su libertad siguiendo los principios del código de Nüremberg y la declaración de Helsinki.

No existe conflicto de intereses.

No se ha utilizado la inteligencia artificial (IA) generativa ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

Mesa 45: Docencia
Session 45: Educational aspects

AUTORES/AUTHORS:

Clara Torres-Ortega[a,c], Pablo García Urrutia[b], Ana Fernández-Araquec,

Miriam Berenguer-Pérez[d], José Verdú-Sorianod[d]

a Servicio de Urgencias Hospitalarias, Complejo asistencial de Soria. ORCID ID: 00000001-9803-3748.

[b] Unidad de Radiología, Hospital Universitario de Navarra.

[C] Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de

Valladolid, Campus Duques de Soria.

[d] Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante

e Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante. ORCID ID: 0000-0002-8307-7323

TÍTULO/TITLE:

Validación de la Escala de Cumplimiento de Medidas de Prevención de COVID-19 en estudiantes de ciencias de la salud.

Palabras Clave: Infección por coronavirus, prevención de enfermedades, Herramientas de medida, Cumplimiento de prevención, encuestas y cuestionarios, validez y fiabilidad. **Objetivo:** Validar las propiedades psicométricas de la Escala de Cumplimiento de Medidas Preventivas Covid-19 (CMPC-19) para estudiantes de ciencias de la salud.

Métodos: Diseño de método mixto/multifase, apoyado en los enunciados y listas de comprobación COSMIN.

Fase 1: elaboración del instrumento inicial y comprobación de su validez aparente y de contenido mediante la fórmula de Lawshe, se eliminaron los ítems con puntuación inferior a 0,6, obteniendo la Versión 2 de la escala.

Fase 2: fue un estudio piloto (n=20) que abordó la comprensibilidad y la fiabilidad (consistencia interna y test-retest). Para verificar la legibilidad se utilizó el índice de legibilidad de Flesch- Szigriszt (Barrio-Cantalejo et al., 2008). Posteriormente, se estudió la fiabilidad por consistencia interna, utilizando el coeficiente alfa. Los ítems con correlaciones ítem-total de la escala por debajo de 0,3 fueron analizados para decidir si debían ser eliminados o no, dando lugar a la Versión 3 de la escala. La estabilidad temporal (fiabilidad test-retest) se estudió a partir de la concordancia obtenida entre los resultados de la prueba en dos momentos diferentes (2 semanas). Se calculó el coeficiente de correlación intraclase (CCI), junto con el Coeficiente de Correlación de Concordancia (CCC), ambos con intervalos de confianza al 95%. La validez de criterio

convergente se calculó utilizando la escala COVID-19 SES (Hernández-Padilla et al., 2020) como Gold Standard. Para ello se calculó el coeficiente de correlación de Pearson.

Los análisis se llevaron a cabo en los programas JASP (2022) y Jamovi (2021).

Fase 3: Se realizó con alumnos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Valladolid, en el Campus de Soria (n=324). Los datos fueron recogidos durante los meses de febrero a marzo de 2021. Se incluyeron todos los estudiantes matriculados durante el año 2020-2021 en la Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Para el cálculo del tamaño de la muestra se siguieron las recomendaciones de los expertos en cuanto al análisis factorial, con base en la regla de más de 10 participantes por ítem (Streiner et al.,2014).

Análisis de ítems: Se calculó el índice de dificultad y el índice de discriminación. El primero indica si el ítem es fácil o difícil de llevar a cabo, valores cercanos a 1 indican una buena adherencia a la recomendación del ítem. El segundo discrimina entre participantes que obtienen la misma puntuación, pero a partir de diferentes ítems, los valores adecuados están entre 0.3-0.7.

Validez de Constructo: se utilizó el software JMetrik. Se realizó un análisis factorial (AF) utilizando el software FACTOR v.11.05.01 (Ferrando et al. 2017). Para investigar la estructura factorial del cuestionario, se determinó una matriz de correlación policórica, debido al carácter ordinal de los ítems y la falta de simetría y curtosis (la prueba de simetría de Mardia y la prueba de curtosis indicaron no normalidad). El índice KMO indicó la idoneidad de los datos para el AF (KMO: 0,87; IC95%: 0,75-0,88). Posteriormente, se utilizó una Implementación Óptima de Análisis Paralelo (PA) basada en Análisis Factorial de Rango Mínimo para establecer el número de factores a retener (el número recomendado de dimensiones fue 1). A continuación, se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE), para un factor, con extracción de factores por mínimos cuadrados no ponderados y rotación PROMIN. Se calcularon los estadísticos robustos de bondad de ajuste: RMSEA (cuanto más cerca de cero, mejor ajuste); CFI, GFI y AGFI (cuanto más cerca de 1, mejor ajuste). La consistencia (fiabilidad) de los factores retenidos en el modelo factorial se evaluó a través de la fiabilidad esperada a posteriori de Bayes (EAP). Usando bootstrapping, se calcularon los intervalos de confianza al 95% de las medidas del modelo. Además, como el PA proponía 1 factor, se procedió a estudiar la unidimensionalidad. Para ello, se sugiere que los datos pueden ser tratados así si: un valor de UniCo (Congruencia Unidimensional) e I-Unico (Congruencia Unidimensional de Elementos) es mayor que 0.95; un valor de ECV (varianza común explicada) e I-ECV (varianza común explicada por elementos) es superior a 0,85; y un valor de MIREAL (Cargas absolutas residuales medias de los ítems) e I-REAL (Cargas absolutas residuales de los ítems) es inferior a 0,30.

Fiabilidad: se calcularon los coeficientes omega y alfa, con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, además de la fiabilidad EAP de la estructura factorial. Análisis Rasch: Para la estimación de los parámetros se utilizó el método de máxima verisimilitud conjunta **(JMLE),** para un modelo de escala de calificación de Andrich (Ratin Scale). El ajuste de los ítems y de las personas se hizo con los correspondientes outfit (UMS) e infit (WMS). Los valores de

buen ajuste son entre 0.8-1.2 y entre 0.5-1.5 sería aceptable. También se calculó la separación y la fiabilidad, así como la prueba Q3 de Yen para testar la independencia de los ítems.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Valladolid (código de protocolo ref. 001/2021 y fecha de aprobación 18/12/2020).

Resultados:

Fase 1: Se calculó el IVC y se eliminó el ítem 2. La versión 2 quedó con 11 ítems.

Fase 2: El análisis de legibilidad dio como resultado una comprensión normal. En cuanto a la estabilidad, el ICC fue de 0,81 (IC95%: 0,63-0,91) con una concordancia de 0,80 (IC95%: 0,59-0,91). El CCC fue de 0,79 (IC95%: 0,55-0,91), lo que sugiere una buena estabilidad a las 2 semanas. Para la validez del criterio convergente, aunque el Coeficiente de Correlación de Pearson mostró un valor de 0,56 (IC 95%: 0,15-0,80) que indica buena correlación, el intervalo de confianza fue notablemente amplio (debido al tamaño de la muestra). Asimismo, el CCC fue de 0,34 (IC 95%: 0,06-0,57), lo que indica que el grado de concordancia fue pobre. Las personas tendían a obtener una puntuación más alta en el SES de COVID-19.

Fase 3. La fase de validación final incluyó a 324 participantes. La edad media fue de 20,35 años (DE = 2,60 [Rango = 18-48]).

Análisis de ítems: Los 10 ítems de la Versión 3 se analizaron en base a un total de 320 participantes que respondieron todas las preguntas. Se obtuvo un valor mínimo de 7/40 (17,5/100) y un valor máximo de 40/40 (100/100). La puntuación media en la escala bruta fue 26,54 (DE = 6,38) y 66,35 (DE = 15,95) en la escala 0-100, y la mediana 27 (67,5 en la escala 0-100). El ítem con mayor nivel de dificultad fue el 1, seguido del 10 y el 5. El ítem menos puntuado fue el ítem 7, por lo que los diferentes ítems de la escala recogen un amplio abanico de opciones. En cuanto a la discriminación, todos los valores estuvieron entre 0,3 y 0,7. Los ítems con mayores valores de discriminación fueron 1, 3 y 8; y con los puntajes más bajos fueron 6 y 10. Sin embargo, estuvieron dentro del rango de referencia, lo que indica que todos presentaron buenas propiedades de discriminación. Análisis factorial: Los índices de MSA oscilaron entre 0,82 y 0,91, por lo que no fue necesario eliminar ningún elemento del análisis. El PA sugirió una solución unifactorial, con un porcentaje de varianza de datos reales del 55,48%. RMSEA=0,081 (IC 95 %: 0,062-0,093; Mediocre), NNFI=0,957 (IC 95 %: 0,935-0,982), CFI=0,967 (IC 95 %: 0,949-0,986; Cercano), GFI=0,977 (IC 95 %: 0,970-0,987) y AGFI=0,970 (IC 95%: 0,961-0,983) superior a 0,95, lo que indica un buen ajuste. Posteriormente, para la unidimensionalidad, se obtuvieron los siguientes valores generales: UniCo=0,97 (IC95%: 0,96-0,99), ECV=0,83 (IC95%: 0,80-0,88) y MIREAL=0,26 (IC95%: 0.21-0.29) indicando que los datos podrían ser tratados como unidimensionales, excepto por el ECV que estuvo por debajo de 0.85. Lo mismo ocurrió en el caso de los valores de I-UniCo (entre 1 y 0,91), I-ECV (entre 1 y 0,68) e I-REAL (entre 0,40 y 0,11). Algunos de los ítems no estaban dentro de los valores de referencia, pero en general parecía que podían ser tratados como tales.

Fiabilidad: Basado en el EFA de un factor, el EAP fue de 0,87 con un índice de determinación de factores de 0,93. Además, se obtuvo un coeficiente omega de 0,83 (IC95%: 0,80-0,86) y alfa de 0,82 (IC95%: 0,79-0,85). El análisis de la correlación ítem-total no mostró que se tuviera que eliminar ningún ítem.

Análisis Rasch: Se confirma la unidimensionalidad de los datos. Los valores de infit y outfit de los ítems son adecuados. La fiabilidad de los ítems y las personas es de 0,99 y 0,83 respectivamente, la separación es de 12,85 y 2,21 respectivamente. La prueba Q3 de Yen indica independencia de los ítems.

Discusión:

La escala CMPC-19 permite evaluar de forma válida y fiable el cumplimiento de las medidas de prevención frente a COVID-19 entre estudiantes de ciencias de la salud. Entender cómo mejorar el cumplimiento de las medidas de prevención puede permitir diseñar intervenciones educativas o de concienciación más adecuadas, así como mejorar y evaluar las prácticas preventivas, frente a la transmisión de COVID-19. Esta investigación aporta el desarrollo y validación de un instrumento sencillo de 10 ítems, que ha seguido un proceso metodológico robusto. Además, es un ejemplo de las fases y métodos que se pueden implementar para el desarrollo y validación de instrumentos de medida. Los autores no tienen conflicto de intereses y no han utilizado inteligencia artificial generativa ni tecnologías asistidas por inteligencia artificial en el proceso de redacción.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Barrio-Cantalejo, **I.** M., Simón-Lorda, P., Melguizo, M., Escalona, I., Marijuán, M. **I., &**

Hernando, P. (2008). Validación de la Escala INFLESZ para evaluar la legibilidad de los textos dirigidos a pacientes [Validation of the INFLESZ scale to evaluate readability of texts aimed at the patient]. Anales del sistema sanitario de Navarra, 31(2), 135-152. https://doi.org/10.4321/s1137-66272008000300004

Belvedere, S. L., & de Morton, N. A. (2010). Application of Rasch analysis in health care is increasing and is applied for variable reasons in mobility instruments. Journal of clinical epidemiology, 63(12), 1287-1297. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.012

Christensen, K B; Makransky, G; Horton, M (2017). Critical Values for Yen' s Q3: Identification of Local Dependence in the Rasch Model Using Residual Correlations. Applied psychological measurement, 2017, Vol.41(3), p.178-194. https://doi.org/10.1177/0146621616677520.

Cerdas Núñez D, Montero Rojas E. Uso del modelo de Rasch para la construcción de tablas de especificaciones: Propuesta metodológica aplicada a una prueba de selección universitaria. Actualidades Investigativas en Educación [Internet]. 2017 [citado 2020 Oct 04];17(1): 79-95. Disponible en: https://dx.doi.org/10.15517/aie.v17i1.27299).

Ferrando, P. J., Lorenzo-Seva, U. (2016). A note on improving EAP trait estimation in obligue factor-analytic and item response theory models. Psicologica, 37, 235-247.

Gamer, M., Jim Lemon, J., & Singh, **I.** (2019). irr: Various Coefficients of Interrater Reliability and Agreement. [R package]. Retrieved from https://CRAN.R-project.org/package=irr)

Hernández-Padilla, J. M., Granero-Molina, J., Ruiz-Fernández, M. D., Dobarrio-Sanz, I., López-Rodríguez, M. M., Fernández-Medina, I. M., Correa-Casado, M., & Fernández-Sola, C. 2020. Design and Psychometric Analysis of the COVID-19 Prevention, Recognition and Home-Management Self-Efficacy Scale. International journal of environmental research and public health, 17(13), 4653. https://doi.org/10.3390/ijerph17134653 Streiner, D. L., & Kottner, J. (2014). Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. Journal of advanced nursing, 70(9), 1970-1979. https://doi.org/10.1111/jan.12402

JASP Team (2022). JASP (Version 0.16.1) [Computer software] The jamovi project (2021). jamovi (Version 1.6) [Computer Software]. Retrieved from https://www.j amovi.org.

AUTORES/AUTHORS. Amalia Sillero Sillero[1,2], María Gil Poisa[1,2], Elena Marques-Sule [3,4], Neus Buil 5, Sonia Ayuso Margañon[6,7], Raquel Ayuso Margañon[1,2]

1. Mar Nursing School (ESIMar), Parc de Salut Mar, University Pompeu Fabra Affiliated, 08003 Barcelona, Spain

2. Social Determinants and Health Education Research Group (SDHEd), Hospital del Mar Medical Research Institute (IMIM), 08003 Barcelona, Spain

3. Department of Physiotherapy, Faculty of Physiotherapy, University of Valencia, 46010 Valencia, Spain

4.Physiotherapy in Motion, Multispeciality Research Group (PTinMOTION), Department of Physiotherapy, University of Valencia, 46010 Valencia, Spain

5. Nursing Care Research, IIBSANT PAU, Hospital Santa Creu i Sant Pau, 08025 Barcelona, Spain

4. Department of School Nursing, Jesuits Education Foundation, Barcelona, Spain

5. Primary Health Care, Florida Nord, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

ORCID:

Amalia Sillero Sillero: https://orcid.org/0000-0001-6158-161X

Maria Gil Poisa: https://orcid.org/0000-0001-6771-0419

Elena Marques Sule: https://orcid.org/0000-0001-8554-5402

Neus Buil: https://orcid.org/0000-0002-4512-4272

Sonia Ayuso Margañon: https://orcid.org/0000-0002-0105-6300

Raquel Ayuso Margañon: https://orcid.org/0000-0002-1824-6864

TÍTULO/TITLE:

Expectativas y realidades: Comprender las motivaciones de los estudiantes de enfermería en su elección de carrera.

Palabras clave. estudiantes enfermería; expectativas; estudio cualitativo; motivación; condiciones laborales;

Objetivos. Comprender las percepciones de los estudiantes de enfermería sobre la profesión, explorar sus expectativas sobre las condiciones laborales en enfermería y evaluar cómo estos factores influyen en su elección de carrera.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio cualitativo basado en el análisis de contenido de las narrativas de los participantes, siguiendo el enfoque propuesto por Graneheim & Lundman (2004). Los participantes seleccionados fueron estudiantes que se inscribieron en el primer curso del Grado de Enfermería en una escuela de enfermería en Barcelona, España, 2021. Es relevante destacar que estos estudiantes se matricularon en el programa aproximadamente 1 año y medio

después del inicio de la primera ola de la pandemia de COVID-19 en 2020. Esta circunstancia proporcionó una valiosa oportunidad para capturar las perspectivas de los estudiantes en medio de los esfuerzos de recuperación de la pandemia en curso. Los criterios de inclusión establecidos requerían que los participantes fueran mayores de edad y estuvieran matriculados como estudiantes de primer año en el Grado de Enfermería. El único criterio de exclusión fue no pertenecer al grupo de edad de la generación Z. De los estudiantes inscrito, un total de 105 estudiantes (98 %) cumplían con los criterios de inclusión. Se extendió una invitación a todos ellos para participar en el estudio, y todos (100 %) aceptaron participar, siendo incluidos en la investigación. La recopilación de datos se llevó a cabo a través de narrativas escritas sin restricciones en cuanto al número de palabras. Los estudiantes fueron presentados a tres preguntas abiertas diseñadas para explorar sus motivaciones para elegir una carrera en enfermería. Estas preguntas abarcaron reflexiones sobre su pasado, sus circunstancias actuales y sus aspiraciones futuras en el campo de la enfermería. La presentación del estudio y la recolección de datos se realizaron durante la primera semana de clases de su primer año académico en octubre de 2021.

El análisis de datos se realizó utilizando el software MAXQDA (v. 10 R250412) y siguiendo el enfoque de Graneheim & Lundman. Se leyeron detenidamente las narrativas varias veces para comprender su contenido. Luego, se identificaron oraciones en función de pistas contextuales y conexiones temáticas, generando códigos o etiquetas para representar unidades de significado condensadas en las narrativas. Se aseguró la confiabilidad de la investigación cualitativa mediante la credibilidad, la conformabilidad, la confiabilidad y la transferibilidad. Se prolongó la interacción con los datos y se realizaron análisis independientes por parte de dos investigadores. Se confirmó y evaluó posteriormente con todos los autores competentes en análisis cualitativo. Se obtuvo la aprobación de los participantes para asegurar la congruencia entre los hallazgos y sus narrativas, y se proporcionaron explicaciones claras sobre todos los aspectos del estudio para garantizar la transferibilidad.

Resultados. El estudio incluyó a 105 estudiantes de primer año del grado de enfermería, mayoritariamente mujeres (82 %) con una edad promedio de 19,5±2,29 años. Se identificaron tres temas principales: (i) Mejoras en las condiciones laborales: Los estudiantes enfatizaron la importancia de contar con empleos en enfermería que ofrezcan mejores condiciones, incluyendo salarios atractivos, estabilidad laboral y un equilibrio entre la vida personal y profesional. (ii) Oportunidades nacionales e internacionales: Los estudiantes expresaron su deseo de trabajar tanto en su país como en el extranjero, valorando la experiencia multicultural y la posibilidad de desarrollar conocimientos y habilidades en diferentes entornos. (iii) Conciencia de los desafíos y dificultades: Los estudiantes reconocieron los desafíos inherentes a la profesión de enfermería, como las largas jornadas laborales, la carga emocional y las limitaciones de recursos.

Discusión. Este estudio exploró las expectativas de los estudiantes de enfermería de la generación Z sobre las condiciones laborales de la profesión después de la pandemia de COVID-19 y cómo estas expectativas influyeron en su elección de carrera. Se analizaron las perspectivas de 105 estudiantes de enfermería, considerando tanto el aspecto clínico como el personal. Estos estudiantes buscan condiciones laborales mejores, incluyendo empleo estable y un salario que les brinde independencia económica y seguridad. Sus expectativas sobre la profesionalización están

fuertemente relacionadas con su elección de carrera, especialmente en países con altos niveles de precariedad y desempleo juvenil como España (Acea-López et al., 2022; Galbany-Estragués et al., 2019).

A pesar de ser conscientes de la precariedad de la profesión de enfermería, la vocación que sienten no les permite reflexionar realistamente sobre su futuro laboral. Esto es especialmente cierto para los estudiantes que ingresan directamente desde la escuela secundaria y mantienen la percepción heroica creada durante la pandemia de COVID-19 (Acea-López et al., 2022).

Las difíciles condiciones laborales y los desafíos exacerbados durante la pandemia de COVID-19, no impiden que los estudiantes elijan la enfermería. En cambio, la imagen positiva proyectada por los medios sobre la profesión durante la pandemia parece influir en sus expectativas profesionales. Sin embargo, es crucial que estas expectativas se ajusten a la realidad laboral de la enfermería, que implica inseguridad en el trabajo, bajos salarios y dificultades para equilibrar el trabajo y la vida personal (Boran et al., 2022; Mendes et al., 2022).

A pesar de ser una disciplina profesional con enfoques científicos y contemporáneos, la elección de la carrera de enfermería ha estado históricamente vinculada a la vocación de cuidado (Miller, 2019). A menudo, la complejidad y el conocimiento científico de la profesión se centran en la atención y la compasión (Erbil & Pamuk, 2022). Esto puede generar frustración si las expectativas laborales de los estudiantes no se cumplen, ya que la vocación no siempre se reconoce ni se remunera adecuadamente. Además, la falta de reconocimiento y remuneración adecuada de la enfermería a nivel mundial, junto con la prevalencia de mujeres en la profesión, contribuye a la brecha de género en el empleo (Humbert et al., 2020).

Los resultados indican que los estudiantes de enfermería de hoy ingresan a su formación con una imagen estereotipada de la profesión, y su elección de carrera se basa en gran medida en la vocación, respaldada por la percepción de "héroes" que adquirieron las profesiones de la salud durante la pandemia (Boran et al., 2022; Mendes et al., 2022). Sin embargo, es esencial discutir las condiciones laborales y los derechos de los trabajadores, ya que la concepción de héroes puede llevar a la falta de responsabilidad de los líderes en la profesión (Halberg et al., 2021).

Aunque el género no se ha estudiado directamente como un determinante de la elección de carrera, puede influir debido al estereotipo prevalente que asocia el cuidado con la feminidad (Jamieson et al., 2020). Este estereotipo puede reducir las expectativas laborales de las estudiantes y reflejar la brecha de empleo de género en este campo

Conclusión.

Los nuevos estudiantes de enfermería eligen esta carrera por varios motivos. En primer lugar, las consideraciones económicas son importantes, ya que ven la enfermería como una opción de empleo viable, especialmente si tienen experiencia previa en entornos de salud. En segundo lugar, la vocación es un factor crítico, aunque a veces puede llevar a idealizar la profesión, dificultando la evaluación realista de los desafíos de las enfermeras, especialmente debido al alto estatus social otorgado a las enfermeras como "héroes" durante la pandemia de COVID-19. Esta percepción de heroísmo puede llevar a algunos estudiantes a aceptar condiciones de trabajo precarias por deber

moral y el deseo de ayudar. Sin embargo, es esencial que estas expectativas se alineen con la realidad profesional de la enfermería, que se caracteriza por la inseguridad laboral, salarios bajos y dificultades para equilibrar el trabajo y la vida familiar. Es importante que las universidades y las instituciones educativas sean conscientes de esta realidad y tomen medidas para abordarla, incluyendo aspectos económicos, igualdad de género y mejoras en las condiciones de trabajo. Esto promoverá la satisfacción y el compromiso de los estudiantes, contribuyendo así a una mayor retención de talento y a un futuro sólido para la profesión de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Acea-López, L., Pastor-Bravo, M., Del, M., Rubinat-Arnaldo, E., Bellon, F., Blanco-Blanco, J., ... Briones-Vozmediano, E. (2022). Job expectations and intolerance to uncertainty of nursing students: Results from a multicentre, mixed-methods study in Spain. Nurse Education in Practice, 62 https://doi.org/10.1016/J.Nepr.2022.1033377007

Boran, M., Boran, O.F., Korukcu, O., & Özkaya, M. (2022). The psychological resilience and perceived stress of the frontline heroes in the pandemic in Turkey: A descriptive study of the COVID-19 outbreak-mutations-normalization triad. Japan Journal of Nursing Science, 19(1). https://doi.org/10.1111/Jjns.12442

Galbany-Estragués, P., Millán-martínez, P., Mar Pastor-bravo, M., & Nelson, S. (2019). Emigration and job security: An analysis of workforce trends for Spanish-trained nurses (2010–2015). Journal of Nursing Management, 27(6), https://doi.org/10.1111/jonm.12803

Halberg, N., Jensen, P.S., & Larsen, T.S. (2021). We are not heroes-the flipside of the hero narrative amidst the COVID19-pandemic: A Danish hospital ethnography. Journal of Advanced Nursing, 77(5), 2429–2436. https://doi.org/10.1111/Jan.14811

Humbert, A.L., Clayton-Hathway, K., Griffiths, H., Mcilroy, R., & Schutz, S. (2020) Gender and nursing as a profession. Valuing nurses and paying them their worth. Royal College of Nursing & Oxford Brookes University. https://www.rcn.org.uk/ Professional-Development/publications/pub-007954

Erbil, N., & Pamuk, T. (2022). Relationship between professional attitude and compassion among nurses. Journal of Clinical Nursing. https://doi.org/10.1111/Jocn.16534

Jamieson, I., Norris, K., Short, K., Papps, E., & Dixon, A. (2020). Graduate entry to nursing: An exploration of the demographic characteristics of New Zealand students. Nurse Education in Practice, 48, 102855. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102855

Mendes, M., Bordignon, J.S., Menegat, R.P., Schneider, D.G., Vargas, M.A., O.Cunha,. (2022). Neither angels nor heroes: Nurse speeches during the COVID-19 pandemic from a foucauldian perspective. Revista Brasileira de Enfermagem, 75(Suppl. 1). https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1329

Miller, C.L. (2019). A career in nursing. Journal of Christian Nursing, 36(4), 236–237. https://doi.org/10.1097/Cnj.0000000000000647.

Otros aspectos del trabajo

i. Aprobación ética de la Junta Oficial de Revisión de Ética. Seguimos los estándares establecidos en la Declaración de Helsinki (2013). Los participantes tuvieron acceso a una hoja informativa del estudio y firmaron un formulario de consentimiento por escrito antes de la recopilación de datos. Los datos fueron tratados de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 de del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, sobre la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de dichos datos y por la que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). El estudio fue presentado a los estudiantes de manera transparente y no coercitiva por investigadores que no eran sus profesores, y no se asociaron recompensas ni sanciones académicas.

ii. Conflicto de intereses. Ninguno

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

AUTORES/AUTHORS:

Yolanda Martín Vaquero, María Álvarez Martin, Ana Cristina Fernando Pablo, María Dolores Carrión Pérez, Rosa Miriam Gutiérrez García.

Complejo Asistencial de Zamora. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora.

Email contacto: ymartinv@saludcastillayleon.es

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la formación continuada en competencias de investigación y la pandemia COVID-19

Palabras clave: Formación continuada. Competencias investigación. COVID-19. Enfermería.

“La Enfermería debe investigar para contribuir a que la población alcance estilos de vida saludables y una atención adecuada” según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es responsabilidad de las organizaciones procurar los conocimientos necesarios para poder realizarlo. La formación de los profesionales sanitarios es una dimensión fundamental para desarrollar la investigación. Ya Florence Nigthingale apostó por la formación como una herramienta esencial con la que se puede mejorar y evolucionar. Es preciso adquirir competencias y actualizar a los profesionales. Los planes formativos se realizan atendiendo a las necesidades formativas individuales de los profesionales del Área de Salud y necesidades colectivas de los mandos intermedios, directivos. Las actividades responden a materias transversales y específicas. Dentro de estas se encuentran las competencias en investigación. La pandemia COVID 19 impactó en el sistema sanitario en todas las áreas y profesionales. Implicó cambios a nivel organizativos y reordenación de recursos humanos y materiales.

Objetivos: Evaluar los planes formativos pre y post pandemia. Analizar la evolución en competencias de investigación.

Métodos: Estudio observacional transversal retrospectivo de los planes de formación continuada (PFC) Atención Hospitalaria y Primaria de 2018 a 2022 en el área de salud. Criterios de inclusión: actividades reflejadas en el PFC cuyo contenido principal sean las competencias de investigación.

- Variables: horas formativas, actividades PFC, grado de satisfacción, aprobados, coste.
- Fuente de datos: aplicativo de Formación Continuada de SACYL. Análisis descriptivo de las variables.

Resultados:

En los PFC de los 5 años evaluados se han realizado 1081 actividades. 7% son actividades específicas investigación (77). La distribución del número de actividades por años es; 23%

2018,25% 2019, 9 % 2020, 15% 2021 y 25% en 2022.

El 7% de los de metodología a distancia (2825 h. /209 h.). El 4% de los de metodología presencial (10484 h. /457 h.) En todas las actividades se realiza encuesta de satisfacción con varios ítems, uno de ellos es el grado de satisfacción de la actividad en una escala de 1 a 10. En la media del grado de satisfacción de estas actividades no hay diferencia con la general es de 8.6 sobre 10.

La media del presupuesto de estas actividades es el 11% del promedio total (32886 euros /312184 euros)

El número total de profesionales aprobados es de 21762 de los cuales 1575 son de actividades de investigación lo que supone el 7%.

El coste medio por discente es de 20.9 euros, superior al general que es de 14.3 euros.

La media de horas realizadas por profesional es de 2.3 h. En 2020 y 2021 fue de 1.1h. La media global es de 1.6 inferior.

Los contenidos y número de actividades realizadas son: Estadística (1), Revisión sistemática (1), Buenas practicas (2), Gestores bibliográficos (2), Jornadas investigación, CECBE(3), Implantación Guías (3), Referencias bibliográficas (4), Escribir y publicar, proceso editorial (5),Lectura crítica(6),Itinerarios formativos tutores (6),Elaboración poster, presentaciones (9),Varios, sesiones(10), Búsquedas bibliográficas (10), Metodología investigación (15). Todas las actividades fueron acreditadas.

Desde el año 2010 se inició la realización de las Jornadas de investigación con la publicación en la revista de la institución Nuevo hospital. Se han realizado 10 jornadas, la última fue en 2019.

Discusión:

La pandemia de COVID-19 impactó en los planes formativos. En 2020 disminuyeron las actividades de investigación en 2021 se inició la recuperación llegando en 2022 a nivel prepandemia.

Los contenidos son amplios llegando a las diferentes etapas de la investigación.

Es necesario avanzar y recuperar las jornadas de investigación como punto de encuentro y compartir la realidad.

Los gestores tienen que continuar organizando formación en materias investigación según la demanda de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Gómez Gómez A. La investigación en enfermería. Enferm Nefrol [Internet] 2017 [citado 11 de septiembre de 2023]; 20(1): 13. Disponible en: https://doi.org/10.4321/S2254-28842017000100001

- Naranjo-Hernández Y. Impronta de la obra de Florence Nightingale en formación de recursos humanos de Enfermería. Rev Inf Cient [Internet] 2020 [citado 11 septiembre 2023]; 99(6):609-19. Disponible en: https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/download/3100/4495
- Quevedo Arnaiz NV, García Arias N, Cañizares Galarza FP Desarrollo de las competencias investigativas durante la pandemia de Covid- 19. Rev Conrado [Internet] 2021 [citado 11 de septiembre de 2023]; 17 (S1): 312-20. Disponible en:

  https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/1784/1754
- Franco-Coffré JA, Mena-Martin F, Gordillo-Ojeda MV, Vargas-Aguilar GM. La Educación virtual en la formación profesional de enfermeros, durante la pandemia provocada por la COVID 19. Pol. Con. [Internet] 2021 [citado 11 de septiembre de 2023]; 6 (12): 762-75 Disponible en: https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/3403/7640

Consideraciones éticas y legales:

- Los autores no tienen conflicto de intereses.
- No procede la aprobación del Comité de ética clínica correspondiente y ni requiere el consentimiento informado de los participantes.
- Los autores no han utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

AUTORES/AUTHORS:

I. López Muñiz

TÍTULO/TITLE:

Relación de los cuidados recibidos por las mujeres y administrados por las matronas en la emergencia sanitaria covid-19

INTRODUCCIÓN

Ante la situación de emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19 se han tenido que tomar decisiones para evitar su propagación una vez ya la epidemia estaba declarada y establecida, que ocasionaron cambios en los protocolos de atención al embarazo y puerperio, que afectaron a los cuidados por parte de las matronas hacia las mujeres y sus familias.

Quisimos recoger como se había vivido y habían sido recibidos estos cambios tanto por las mujeres como por los profesionales en el momento más agudo del proceso.

OBJETIVO

Determinar la coincidencia del grado de satisfacción de las mujeres en la atención a su embarazo y puerperio durante el estado de alarma en la pandemia COVID-19 con la satisfacción de las matronas de Atención Primaria de Bizkaia, respecto a la atención prestada durante dicho periodo.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal de noviembre del 2020 a abril del 2021, el instrumento de medida utilizado, fueron cuestionarios Ad Hoc, mediante una escala tipo Likert de 5 categorías en orden ascendente, a través de las cuales, se obtuvieron los datos generales y las respuestas de las participantes.

*Criterios de inclusión***:** Matronas que realizaron control del embarazo no patológico y puerperio pertenecientes a la Atención Primaria de Bizkaia durante el periodo 15 de marzo a 30 de mayo del 2020 y mujeres en control del embarazo no patológico o puérperas del Casco Viejo, Santutxu-Solokoetxe y Deusto (OSI Bilbao Basurto) en la misma época.

Criterios de exclusión: Mujeres en control del embarazo considerado patológico o de riesgo que realizan el control con la asistencia de ginecología u otros especialistas.

La captación de las mujeres fue aleatoria, realizándose la encuesta a través de llamada telefónica o aprovechando la cita presencial en la consulta y obteniendo previamente su consentimiento.

Se informó a todas las matronas mediante un comunicado por parte de los investigadores sobre los objetivos del estudio y la necesidad de cumplimentar la encuesta.

Para la comparación entre los grupos se utilizó el test de la χ2 o el test exacto de Fisher para las variables categóricas, y el test de la t de Student para variables cuantitativas. Se utilizó el programa SPSS, versión 20. (SPSS Inc., Chicago, IL, EEUU).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio se llevó a cabo con una muestra de matronas de N=47, teniendo una edad media de 47 años con una desviación estándar de 11,78 años. La distribución por OSI fue: OSI Bilbao-Basurto el 42,45%, OSI Baracaldo-Sestao el 8,51%, OSI Enkarterri-Cruces el 23, 04%, Uribe Costa el 10,6% y de Barrualde-Galdakao el 14,89%. Con respecto al tipo de contrato era fijas el 72,35%.

De las mujeres embarazadas se obtuvo una muestra de N= 230, siendo la edad media de 34 años con desviación estándar de 5,31 años, de las cuales eran nulíparas el 60% y multíparas 40%; en relación al momento del estudio en el primer trimestre se encontraban el 33,19%, en el segundo trimestre el 31%, en el tercer trimestre el 26,2% y eran puérperas el 9,61%.

Existen diferencias significativas al comparar la satisfacción entre las matronas y las gestantes Chi Square< 0.0001 en las siguientes comparaciones:

En relación a la pregunta: *Valora la atención y cuidados recibidos durante el periodo de emergencia por parte de la matrona vs Valora la atención y cuidados administrados durante el periodo de emergencia por parte de la matrona desde tu punto de vista profesional :* un poco más de la mitad de las matronas entrevistadas (56,52%) contestan que los cuidados que han administrado han estado bien, en comparación con las mujeres que opinan en su mayoría que los mismos cuidados han sido adecuados (95,15%).

En cuanto a la *Valoración de la atención y cuidados administrados durante el periodo de emergencia a nivel global (médico de cabecera, ginecólogo, etc.* el 78,26% de las matronas consultadas consideraban que estos cuidados globales habían sido malos, frente a un 10,92% de mujeres embarazadas que les otorgaban la misma consideración.

Respecto a la pregunta: *Valora la organización de las consultas: analíticas, ecografías,* citas, consultas postparto, pediatría, el 68,8% de las matronas respondían que la organización había sido mala, sin embargo, el 70,49% de las mujeres embarazadas catalogaban la misma organización como buena.

Al preguntar *Valora el nivel de satisfacción con el tiempo empleado por la matrona en la consulta realizada:* Las matronas consideraron que el tiempo empleado para realizar la consulta había sido malo para el 31,41% y las mujeres embarazadas al hacer la misma pregunta en el 96,5% de los casos consideraba que el tiempo había sido bueno.

En cuanto a las sugerencias de mejora las mujeres redactaban sobre un aumento de las consultas presenciales, tener posibilidad de acudir acompañadas, realización de preparación al parto presencial y posibilidad de facilitar el

contacto con los profesionales telefónicamente, debido a que en muchos centros sanitarios pasó el control de embarazo de presencial a telemático y dejó de ofertarse grupos presenciales de preparación parental.

Respecto a las matronas entrevistadas al preguntarles por sugerencias de mejora del servicio redactaban: difusión, rápida y eficaz de evidencia científica y así como de los protocolos hospitalarios y/o de Atención Primaria estandarizados, además de que fuesen corporativos y unificados para toda la organización de servicios de Osakidetza. Formación impartida desde servicios centrales sobre teleasistencia, teletrabajo y educación sanitaria a distancia.

Coordinación de las diferentes direcciones con mandos intermedios y promoción del dialogo de estos con las matronas.

Asegurar consultas presenciales con medidas preventivas adecuadas a la situación de la pandemia priorizando visitas de las usuarias por criterio sanitario y no político, garantizando además el acceso seguro de los acompañantes a los servicios; mejorar la accesibilidad telefónica, la comunicación interprofesional, la gestión administrativa eficaz y la disponibilidad de tiempo para dedicar a las consultas, la promoción de la prescripción enfermera adecuada a las matronas y el reconocimiento del esfuerzo realizado.

Ambos grupos consideran que hay que mejorar en la organización de las consultas, además que estas sean presenciales, que permitieran el acompañamiento a dichas consultas además de ofertar alternativas asequibles a la atención presencial viables y eficaces.

DISCUSIÓN

Los resultados demuestran la variabilidad de la percepción que han tenido las participantes de los dos grupos durante este periodo.

El cuidado administrado por las matronas fue calificado mejor por las mujeres que lo recibieron que por las propias matronas, además esta valoración de las gestantes era más positiva cuando se comparaba la atención de las matronas en relación a otros profesionales

En cuanto a la organización, las matronas estaban divididas respecto a su opinión sobre las decisiones organizativas, siendo las gestantes más unánimes y menos críticas con la organización y valorándola mejor que las matronas.

La divergencia de opinión que indican los resultados puede ser debido a que las matronas no han llevado a cabo el trabajo de acuerdo con sus criterios de calidad y a que la mayoría de las mujeres eran primíparas y carecían de referencias y/o criterios de comparación.

AUTORES/AUTHORS:

María Murillo-González, RN; José M. Alcaide-Leyva, RN, MSC; Rafael Molina-Luque, RN, MSc, PhD; Fátima Armenteros-Martos, RN; María del Rocío Jiménez-Mérida, RN, MSc, PhD.

Departamento de Enfermería, Farmacología y Fisioterapia. Universidad de Córdoba

TÍTULO/TITLE:

RCP manual versus mecánica en el paciente con parada cardíaca extrahospitalaria: una revisión sistemática

Palabras clave: Enfermería, Urgencias Médicas, Enfermería de Urgencia, Reanimación Cardiopulmonar.

Pregunta de revisión/Objetivos. En base a resultados de supervivencia, recuperación de la circulación espontánea (PCE), estado neurológico final y lesiones iatrogénicas, ¿es mejor llevar a cabo la reanimación cardiopulmonar (RCP) usando dispositivos mecánicos para las compresiones torácicas en pacientes con parada cardíaca extrahospitalaria? Así, el objetivo del presente estudio es analizar la efectividad de la RCP con compresiones mecánicas frente a la RCP con compresiones manuales en términos de supervivencia y estado neurológico al alta.

Criterios de inclusión y exclusión de estudios. Se incluyeron estudios observacionales analíticos (cohortes, casos-control y transversales) de direccionalidad retrospectiva y metaanálisis publicados entre 2018 y 2022 en inglés y español. Se incluyeron pacientes mayores a 17 años con PCE no traumático o fallecidos a consecuencia de ello. En cambio, se excluyeron todos los estudios realizados en maniquís o animales, en el ámbito hospitalario, pacientes con COVID-19 y en los que se hubiese realizado RCP con dispositivo de compresión-descompresión activas.

Plan y estrategia de búsqueda. Se empleó en Pubmed, WOS, Scopus, Cochrane, ProQuest y Google Scholar la estrategia de búsqueda: “mechanical” AND “manual” AND “cardiopulmonary resuscitation” AND “chest compression” AND “out-of-hospiral cardiac arrest”.

Métodos para seleccionar los estudios y evaluación de la calidad de los estudios seleccionados. Se obtuvieron 295 registros, de los cuales se incluyeron 14 que respetaban los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se empleó STROBE en los estudios observacionales y PRISMA en metaanálisis para analizar la calidad metodológica y RevMan para la evaluación del riesgo de sesgo.

Métodos para extraer y sintetizar los datos de la revisión. La extracción de datos fue realizada por dos autores según un modelo predeterminado. Se incluyó el primer autor, año de publicación, diseño del estudio, tamaño de la muestra y resultados obtenidos. Debido a la heterogeneidad de los resultados no se pudo realizar un metaanálisis.

Resultados. La eficacia de la RCP manual frente a mecánica en el paciente con PCE en términos de supervivencia al alta y al ingreso, logro de la recuperación de la circulación espontánea y estado neurológico favorable final es similar. La aparición de lesiones iatrogénicas fue más frecuente posteriormente a la RCP mecánica.

Discusión. La evidencia muestra que el empleo de la RCP mecánica se asocia con mayor número de lesiones, por lo que debería de escogerse cuando sea difícil llevar a cabo una buena calidad de compresión. De esta forma, la RCP manual sería el método de primera elección. Sin embargo, existe una alta heterogeneidad entre las poblaciones de los estudios seleccionados, siendo necesario seguir investigando con el fin de mejorar los cuidados de enfermería ante una RCP en pacientes extrahospitalarios.

Mesa 46: COVID-19
Session 46: COVID-19

AUTORES/AUTHORS:

D. Da Silva Rocha

TÍTULO/TITLE:

Repercussões psiquiátricas em pacientes e familiares acometidos pela forma grave da SARS-COV-2, com ênfase no teptÇ

Palavras-chaves: Transtorno do Estresse Pós-Traumático; COVID-19; Saúde Mental.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um estado psiquiátrico que se instala após um evento estressante agudo e relevante. Verificou-se que doenças infecciosas epidêmicas têm grande potencial para desencadear TEPT – a exemplo da pandemia da COVID-19. **Objetivo:** identificar as repercussões na saúde mental – com ênfase no TEPT, entre sobreviventes da forma grave da COVID-19 e familiares de pacientes que foram à óbito. **Metodologia:** trata-se de pesquisa com a abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistados dez participantes, vinculados ao hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco-Acre e Hospital de Campanha, sendo dois sobreviventes da forma grave da COVID-19, e oito pessoas enlutadas em função da morte de entes com relação familiar íntima ou próxima, no período compreendido entre 10 de agosto de 2020 e março de 2021. Foi utilizada a Análise Temática (AT) com o referencial teórico da Fenomenologia. Recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Acre. **Resultados**: Conforme AT, emergiram três temas principais: 1 - **Impacto inicial**: com o surgimento do vírus, dissipou-se na sociedade um pavor, principalmente por aqueles que se enquadravam ou tinham parentes nos “grupos de risco”. Além disso, teve a desinformação e difusão de informações falsas, por exemplo, sobre o “tratamento precoce”, fomentados pelos equívocos de caráter político-midiáticos (negacionismo); **2**- **Consternação:** o sofrimento psíquico permeou praticamente todos os relatos dos participantes, quer seja em relação a si próprio – pela experiência estressante ou pelas consequências advindas dessa -; ou em relação à perda de entes queridos - relacionando-se a culpa, arrependimento ou revivescências, dentre outros aspectos, do processo de perda. Este tema se subdividiu em dois**: a doença no corpo**-vários sentimentos de pesar surgiram sobre a diminuição da capacidade física; déficit de memória; prejuízo do sono e dores. **A doença no âmbito mental**: vários sinais e sintomas acerca do sofrimento psíquico se destacaram: ansiedade intensa, rebaixamento do humor, inconformismo, desmotivação, angústia, medo ou fobias – na fase aguda do acometimento; ou de forma crônica**; 3 -. O mundo mudou:** houve relatos de outras consequências; financeiras, frustração ou desgaste. Dentre as repercussões negativas da vivência do estresse, algumas denotaram arrependimento e/ou culpa. Também emergiram questões relacionadas à impossibilidade de ritos fúnebres, que estão envolvidos na elaboração da resposta ao luto. Houve depoimentos sugestivos de evento psicótico relacionado à negação da morte do ente querido. Observou-se, entretanto, alguns relatos sobre aspectos positivos diante dessa

experiência estressante, caracterizando aprendizagens adaptativas e mudanças de perspectiva nos relacionamentos. **Considerações finais:** os participantes dessa pesquisa apresentaram densamente relatos compatíveis com quadros clínicos psiquiátricos compatíveis característicos com a descrição de TEPT, indicando, portanto, a necessidade de aprofundamento no estudo e acompanhamento dessa população.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Derossett, T; Lavoie, D.J& Brooks, D. Religious Coping Amidst a Pandemic: Impact on COVID-19-Related Anxiety*. J Relig Health*. 60(5):3161-3176, 2021.

Forte, G. et al. COVID-19 Pandemic in the Italian Population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and Prevalence of PTSD Symptomatology*. Int J Environ Res Public Health. 17(11): 4151, 2020.*

Fragata, J. *A fenomenologia de Husserl como fundamento da filosofia*. Braga: Livraria Cruz, 1959.

Hao, F. et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behavior and Immunity*. v. 87, p.100–106, 2020.

Lawal, AM, et al. Differential effect of gender, marital status, religion, ethnicity, education and employment status on mental health during COVID-19 lockdown in Nigeria. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), p. 1-12, 2022.

AUTORES/AUTHORS:

Manuel Herrero-Montes[1], Rubén Saiz Cavero[2], Alexandra Parás Bravo[2], Diego Ferrer

Pargada[2], Cesar Fernandez-de-las-Peñas[3], Paula Parás-Bravo[1], Domingo Palacios-Ceña[3]

1 Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria. Santander. España.

2 Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”. Servicio Cántabro de Salud. Santander. España.

3 Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. España.

TÍTULO/TITLE:

Perspectiva de los pacientes ingresados por COVID-19 durante la primera ola en España: estudio cualitativo de casos.

Palabras clave

COVID-19; Unidades hospitalarias; Unidades de cuidados intensivos; Aislamiento hospitalario; Investigación cualitativa.

Objetivo(s)

Describir la perspectiva de los pacientes ingresados por COVID-19 durante la primera ola

de la pandemia en España en relación con los cuidados y la atención sanitaria recibida.

Métodos

Estudio de caso con metodología cualitativa. Los participantes fueron reclutados en la unidad COVID-19 del Servicio de Neumología de un hospital Universitario de más de 900 camas en el norte de España mediante muestreo intencional no probabilístico. El neumólogo explicaba el estudio y en caso de aceptar participar, se citaba otro día la recogida de datos. Los criterios de inclusión consistieron en: a) Pacientes ≥18 años, b) diagnosticados de COVID-19 y neumonía bilateral, c) que hubieran estado ingresados en la UCI y posteriormente fueran trasladados a una unidad de hospitalización de COVID-19. Para recoger los datos se utilizaron entrevistas en profundidad basadas en una guía de preguntas diseñada para recabar información sobre temas específicos de interés (diagnóstico e ingreso hospitalario, estancia hospitalaria, tratamiento y curación) y notas de campo de los investigadores. Se redactaron transcripciones completas y literales de cada una de las entrevistas y notas de campo de los investigadores. Se realizó análisis temático por 2 de los investigadores por separado. Posteriormente, se celebraron reuniones conjuntas para combinar los resultados del análisis. Y también se debatieron los procedimientos de recogida y análisis de datos. En caso de diferencias de opinión, la identificación de los temas se realizó por consenso entre los miembros del equipo. Posteriormente, el equipo de investigación celebró reuniones conjuntas para mostrar,

combinar, integrar e identificar los temas finales. No se utilizó ningún software de análisis de datos. Además, se siguieron técnicas de credibilidad, transferibilidad, fiabilidad y confirmabilidad para establecer la fiabilidad de los datos.

Resultados

Se reclutaron 25 individuos (6 mujeres, 24%). La edad media de los participantes era de 62,79 años (DE: 13,23). Se identificaron tres temas principales: a) Retos comunes en ambas unidades: identifica la necesidad de mejorar la información, la individualización de la atención y el cuidado directo del paciente; b) Afrontando la estancia en el hospital: describe como la experiencia en la hospitalización y la UCI marcan al paciente, al vivir con la soledad, la sensación de encerramiento, la falta de recuerdos de su estancia en UCI y el impacto de la asistencia y del lenguaje sanitario; y c) Desarrollando estrategias: tener la mente ocupada constantemente y la autodisciplina como herramienta clave durante el ingreso.

Discusión

Las personas que han sufrido COVID-19 valoran positivamente la atención sanitaria durante su estancia en la UCI y en unidades de hospitalización. Sin embargo, nuestros resultados ponen de relieve la importancia de reconocer diferentes áreas de mejora en la atención de los pacientes con COVID-19 durante su estancia en la ICU y en unidades de hospitalización.

Estos resultados pueden ayudar a mejorar y modificar protocolos de atención en situaciones de aislamiento de los pacientes en UCI y unidades de hospitalización, y a realizar cambios en la organización interna de los recursos humanos y aplicación de los procedimientos (tratamientos y cuidados). Sería preciso ampliar investigaciones que describieran la perspectiva y el proceso de aplicación de cuidados y tratamientos de los profesionales sanitarios durante la pandemia de la COVID-19.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Carpenter, C., & Suto, Melinda. (2008). Qualitative research for occupational and physical therapists : a practical guide. Blackwell-Well Publishing. https://www.wiley.com/en-us/Qualitative+Research+for+Occupational+and+Physical+Therapists%3A+A+Practical +G uide-p-9781405144353

Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. The European Journal of General Practice, 24(1), 120– 124. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092

Moser, A., & Korstjens, I. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 1: Introduction. The European Journal of General Practice, 23(1), 271–273. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375093

Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. The European Journal of General Practice, 24(1), 9–18. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091

O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Academic Medicine:

Journal of the Association of American Medical Colleges, 89(9), 1245–1251. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388

Sim, J., Saunders, B., Waterfield, J., & Kingstone, T. (2018). Can sample size in qualitative research be determ ined a priori? Https://Doi.Org/10.1080/13645579.2018.1454643, 21(5), 619–634. https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1454643

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care, 19(6), 349–357. https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZM042

Turner-Bowker, D. M., Lamoureux, R. E., Stokes, J., Litcher-Kelly, L., Galipeau, N., Yaworsky, A., Solomon, J., & Shields, A. L. (2018). Informing a priori Sample Size Estimation in Qualitative Concept Elicitation Interview Studies for Clinical Outcome Assessment Instrument Development. Value in Health : The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 21(7), 839–842. https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2017.11.014

Otros aspectos del trabajo

Estudio aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos y Productos Sanitarios de Cantabria (code: 2020.416) y se ha recabado el consentimiento informado de los participantes.

Los autores no tienen ningún tipo de conflicto de intereses.

No se ha utilizado inteligencia artificial (IA) generativa o tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

AUTORES/AUTHORS:

D. Da Silva Rocha

TÍTULO/TITLE:

Percepção dos profissionais da saúde na amazônia sobre a doação de epis e suas experiências na pandemia de COVID-19

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que teve por objetivos: conhecer a adesão dos profissionais de saúde ao uso de equipamentos de proteção individuais (EPIs), produzidos e doados pelo projeto de extensão EPISCOVID da Universidade Federal do Acre, Amazônia/Brasil; compreender as percepções desses profissionais de saúde frente a essa ação acadêmica, bem como suas experiências na assistência direta a pacientes durante a pandemia de COVID-19. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas de modo virtual, através do serviço Google Meet, da plataforma Google, com dez profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas, que realizaram assistência direta, por no mínimo três meses, a pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, e que tenham recebido os EPIs doados pelo projeto. As entrevistas foram realizadas e analisadas entre os meses de fevereiro a junho de 2021. O referencial teórico adotado foi a fenomenologia, proposta por Edmund Husserl. Os resultados indicaram que a ação do projeto de extensão foi fundamental para a segurança dos profissionais de saúde, representando um cuidado biopsicossocial. A partir da redução fenomenológica foram obtidos três grandes temas: *Escassez dos EPIs frente à pandemia*: a pandemia de COVID-19 provocou uma enorme demanda por EPIs, dessa forma, a doação desses materiais produzidos pelo projeto foi considerada positiva e a adesão a eles foi muito satisfatória, sendo destacadas a qualidade dos produtos e a ação oportuna; *Impactos psicossociais da pandemia nos profissionais de saúde*: o medo em relação ao desconhecido - uma pandemia nunca vivida pelas atuais gerações - é uma experiência humana comum. No entanto, como enfatizado na teoria fenomenológica cada experiência é única e esse medo foi vivenciado de diversas perspectivas: medo de se contaminar, de contaminar os familiares por ter contraído a doença no trabalho, de não ser capaz de executar o trabalho necessário para salvar os pacientes, da gravidade da doença e o medo da morte. Além disso, o modo de vida dos profissionais foi expressivamente impactado, muitos passavam dias nos hospitais devido aos reiterados plantões, outros transferiram seus filhos e/ou familiares mais velhos para outras casas, para diminuir o risco de contaminação por residir com um profissional que prestava assistência direta a pacientes com COVID-19. Essas condições de trabalho geraram significativos esgotamentos físico e mental. *Superação em tempos sombrios*: fatores foram realçados como encorajadores para atravessar as situações difíceis inerentes à pandemia: a fé em uma força superior, cristã ou não; a cura de muitos pacientes vista como uma conquista; e o crescimento exponencial de conhecimentos adquiridos ou atualizados, como protocolos de intubação e a abordagem ao paciente grave. Conclui-se que a valorização dos fenômenos apresentados pelos profissionais de saúde acerca das situações vividas na pandemia são aspectos que precisam fazer parte do debate institucional dos empregadores, para que possam ser

construídas melhores condições de trabalho, além de valorizar a mobilização da população local em prol desses trabalhadores.

Descritores: Pandemia; COVID-19; Equipamentos de Proteção Individual; Profissionais de Saúde; Pesquisa Qualitativa.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Melhores Práticas do BMJ. Reino Unido: Bmj Group, 2020

2 3. Organização Mundial da Saúde (2021). O impacto do COVID-19 nos profissionais de saúde e assistência: um olhar mais atento sobre Saúde

3 5. Qureshi MO, Chughtai AA, Islam MS, et al. Examinando o discurso sobre a oferta de treinamento em preve ocupacionais para profissionais de saúde: uma revisão de escopo dos planos pandêmicos de 23 países. BMJ A agosto;12(8):e061850. doi: 10.1136/bmjopen-2022-061850. PMID: 36002207; PMCID: PMC9413176.

4 6. Ming X, Ray C, Bandari M. Além da escassez de EPI: equipamento de proteção individual inadequado e tra profissionais de saúde. Prática Hospitalar (1995). 2020 dez;48(5):246-247. doi: 10.1080/21548331.2020.180217 32713215. See More

5 11. Arroxelas CA, Cardoso KLS, Cardoso HETA, et al. Protagonismo de académicos da saúde na produção de durante a pandemia de COVID-19: Relato de Experiéncia. Global Academic Nursing Journal, 2022. Doi: https:/

Editar Eliminar 6 17. Ranney ML, Griffeth V, Jha AK. Escassez crítica de suprimentos - a necessidade de ventiladores e equipa pandemia de Covid-19. N ENGL J MED 382;18 nejm.org 30 de abril de 2020. DOI: 10.1056/NEJMp2006141

AUTORES/AUTHORS:

Lucía Martínez Manrique lmarmanrique@gmail.com ORCID: 0000-0003-2059-3758

Manuel Jiménez Onsurbe manuj.onsurbe@gmail.com

Francisca Sureda Llull francisca.sureda@uah.es ORCID: 0000-0002-6262-2257

María Sandín Vázquez maria.sandin@uah.es ORCID: 0000-0001-6632-5746

TÍTULO/TITLE:

Impacto de la pandemia por COVID19 en el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Madrid

Palabras clave: alcohol, tabaco, adolescentes, COVID-19, promoción de la salud

Introducción y objetivo

A pesar de las distintas estrategias preventivas orientadas a reducir el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes, los estudios muestran que la prevalencia de consumo continúa siendo elevada, siendo respectivamente la primera y segunda sustancias psicoactivas más consumidas por estudiantes de 14 a 18 años. Según la encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) del año 2022 el 73,9% de los estudiantes españoles de 14 a 18 años han consumido alcohol alguna vez en su vida y hasta un 40% reconoce haberse emborrachado en el último año. Respecto al tabaco, un 38,2% reconoce haber fumado alguna vez en su vida y el 23,9% lo ha hecho en el último mes (1).

El consumo de estas sustancias en la adolescencia puede configurarse como un hábito en la edad adulta con las consecuencias que implica su consumo crónico para la sociedad y la salud pública (2,3).

El confinamiento y las restricciones de movilidad debidas a la pandemia de COVID-19 supusieron un cambio de hábitos y de prácticas de ocio y socialización, influyendo en el consumo de sustancias (4,5). Han sido realizadas varias encuestas al respecto, sin embargo, en nuestro contexto no se han realizado aproximaciones cualitativas para comprender la complejidad de esta posible transformación.

El objetivo de este trabajo es conocer la percepción del impacto de la pandemia en el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de 14 a 18 años de la ciudad de Madrid.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo con metodología cualitativa y enfoque fenomenológico.

Se realizó un muestreo teórico, intencional no probabilístico buscando representatividad respecto a variables que pudieran condicionar el discurso: género, edad y nivel socioeconómico.

Criterios de inclusión: tener entre 14 y 18 años, estudiar en centros educativos de la ciudad de Madrid y haber consumido tabaco o alcohol alguna vez en su vida.

Participaron 25 estudiantes en 20 entrevistas individuales semiestructuradas y un grupo de discusión, realizados entre los meses de abril y septiembre de 2021. Debido a las circunstancias de la pandemia, cuatro entrevistas se realizaron por video llamada y ocho mediante llamada telefónica.

Se desarrolló una estrategia de análisis descriptivo del contenido. La información obtenida fue analizada utilizando el software Atlas.ti partiendo de un árbol de códigos preelaborado, que fue ampliado y modificado ante la aparición de categorías emergentes al revisar las transcripciones de las entrevistas. La codificación fue realizada de manera independiente por tres investigadoras. Se llevó a cabo una triangulación del análisis con el fin de evitar sesgos y de incrementar la calidad y validez del estudio.

Resultados

Las medidas de restricción durante la pandemia de COVID-19 influyeron en el consumo de alcohol y tabaco de los participantes de este estudio. Los relatos de nuestros informantes muestran que el confinamiento provocó una reducción marcada del consumo de alcohol, debida principalmente a no poder hacerlo en un contexto de ocio y socialización.

“Claro, o sea, al estar encerrados [...] porque yo el alcohol lo veo como, en plan, pues estás con tus amigos, pues vamos a beber un poco. Pero estando solos, yo creo que ninguno pensamos de emborracharnos solos.”

(T12, hombre, 17años, SES bajo)

“Yo, como persona joven, al beber busco una cosa diferente que a lo mejor mis padres. Ellos beben una copa porque les apetece la copa y a lo mejor yo, porque me apetece emborracharme. Y pillarme el pedo con mis padres... pues no, no.”

(T11, mujer, 18 años, NSE bajo)

En algunos casos de mayor edad se produjo consumo esporádico junto con sus familiares, generalmente en el contexto de pequeñas celebraciones.

“A veces bebía, de vez en cuando, con mi padre, pero no era muy frecuente tampoco.”

(T15, hombre, 17 años, SES bajo)

Tras el confinamiento, algunos adolescentes, especialmente los de menor edad, limitaron el consumo de alcohol debido al miedo al contagio y al respeto a las restricciones legales relacionadas con el control de la pandemia (como la dificultad para hacer botellón).

“A ver, es que con los 18 ya cumplidos y con plena pandemia, no se ha podido hacer. A ver, se puede hacer de manera así, por así decirlo, sin respetar las normas, quedando con amigos y tal, pero no lo he hecho por el miedo a lo que es el Covid. [...] eso de bajar las mascarillas para beber y todo eso, sí ha cambiado un poco.”

(T01, hombre, 18 años, SES medio)

“Ahora que estamos con la pandemia, a mi padre... si bebo en bares no le importa, pero que

beba en la calle que genera multas y todo, pues claro, le da problema.”

(T11, mujer, 18 años, SES bajo)

“El tabaco, no me ha influenciado en nada porque sigo igual. Pero el alcohol, sí que lo ha bajado muchísimo. Y antes, por ejemplo, nos podíamos llegar a juntar 50 personas a beber y ahora, pues somos sólo las chicas, que somos 7.”

(T03, mujer, 18 años, SES alto)

En cambio, los de mayor edad y mayores recursos económicos aumentaron el consumo e incluso cambiaron los hábitos, sustituyendo el botellón por las terrazas debido a las restricciones legales y a poder permitírselo por alcanzar la mayoría de edad para el consumo legal. Algunas mencionan que, aunque bebían cantidades mayores en las terrazas, en general consumían bebidas de menor graduación, sustituyendo los combinados por cervezas.

“Yo creo que bebo lo mismo que antes. A lo mejor más, porque tengo más acceso y en los

bares puedo beber más, pero es básicamente por la edad, no es por el Covid ni nada.”

(T11, mujer, 18 años, SES bajo)

“Cuando quitaron las restricciones y todo eso, el confinamiento, se podía ir solo a terrazas

[...] Pues, es como que hemos cogido la costumbre.”

(T12, hombre, 17 años, SES bajo)

Sin embargo, respecto al tabaco en los relatos se aprecian distintos efectos. Mientras algunos adolescentes cesaron el consumo durante el confinamiento por no poder comprar tabaco o no querer confesar a su familia que fumaban, otros consiguieron mantenerlo a escondidas o decidieron comunicárselo a sus padres para poder fumar en casa con su consentimiento. Los que mantuvieron el consumo de tabaco a escondidas durante el confinamiento recurrieron a distintas estrategias para acceder al tabaco: conseguirlo a través de amistades o aprovechando las salidas a la calle para hacer recados, etc.). Algunos adolescentes refieren que utilizaban el consumo de tabaco como una forma de relajarse.

“La cuarentena ya fue como para sellarlo [...] la cuarentena fue ya el sello que necesitaba para

terminar, para terminar de desengancharse.”

(T15, hombre, 17 años, SES bajo)

“Salía con una amiga cuando no se podía salir con nadie, íbamos al supermercado y nos fumábamos un cigarro. Y bien. Y se lo acabé diciendo (a mi padre) y al final me dijo, “vale, tal”. Bien.”

(T20, hombre, 16 años, SES alto)

“Una amiga no se lo pudo contar a sus padres y eso, y estuvo 3 meses, que al final el mono te afecta más. Y luego tengo un amigo que se lo acabó contando. Y pues nada, sus padres se lo acabaron comprando.”

(T10, mujer, 14 años, SES bajo)

“La mayoría pues se quedaba ahí sin fumar y a lo mejor se echaban uno... No sé de dónde lo sacaban, pero se echaban uno. Y bueno, recuerdo un amigo que decía: “es que llevo sin fumar... llevo sin fumar 2 meses y hoy me he echado uno, y me ha relajado un montón, era como volver a empezar”. Pero no, en plan... Ninguno lo ha dejado.”

(T12, hombre, 17 años, SES bajo)

Algunas adolescentes expresan una clara distinción entre el consumo de alcohol y tabaco y la dependencia que generan ambas sustancias:

“Lo que te digo, el tabaco, yo si lo veo porque si tú tienes de tendencia el tabaco, a lo mejor ya estás fumando todos los días. Pero el alcohol yo creo que no. Yo creo que ningún amigo depende como tal de alcohol.”

(T09, mujer 17 años, SES bajo)

Discusión

La mayoría de los estudios realizados detectan una reducción del consumo de ambas sustancias durante el confinamiento debido principalmente a la limitación en la accesibilidad (4,5). Estos estudios también detectan una reducción más marcada en el consumo de alcohol en adolescentes (especialmente las borracheras) debido a las limitaciones para el ocio (principalmente para la realización del botellón). Esto pone de relieve la diferencia en las motivaciones para el consumo de estas dos sustancias, mientras que el consumo de alcohol tiene un marcado componente social y asociado al ocio, en el caso del tabaco, aunque el inicio suele tener un claro componente social, el mantenimiento del consumo suele tener un mayor componente individual que en el caso del alcohol. Así, mientras nuestros informantes redujeron el consumo del alcohol notoriamente, no ocurrió lo mismo con el tabaco, llegando algunos a confesar en casa su consumo para poder mantenerlo dentro del domicilio durante el confinamiento debido a la dependencia que sentían.

El desconfinamiento tuvo efectos diversos para ambas sustancias en función de la edad y circunstancias personales. El impacto a medio o largo plazo de la pandemia podrá apreciarse en las nuevas encuestas epidemiológicas sobre el consumo.

Estos hallazgos pueden orientar los abordajes y estrategias preventivas, atendiendo a las diferentes motivaciones y patrones de consumo para cada sustancia. El marcado componente social del consumo de alcohol implica establecer medidas de prevención ambiental, fomentando alternativas de ocio saludables. Ante el consumo de tabaco, además de estrategias colectivas, es fundamental las características de uso individual sin menospreciar la dependencia en este grupo poblacional.

Otros aspectos

i. Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

ii. Aspectos éticos: Todas las personas que participaron firmaron consentimiento informado. También los tutores legales de los menores de 18 años. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Alcalá de Henares (CEI/HU/2020/48).

iii. No se ha utilizado la inteligencia artificial en la elaboración de este documento.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2022. 293p.

2. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet [Internet]. 2018;392(10152):1015– 35.

3. Reitsma MB, Kendrick PJ, Ababneh E, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, Abdoli A, et al. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet [Internet]. 2021;397(10292):2337–60.

4. Varela, A., & Flórez, G. (2022). Adicciones y COVID-19, impacto de la pandemia. Adicciones, 34(3), 183–188. https://doi.org/10.20882/adicciones.1855Cdc

Llorens, N., Brime, B., & Molina, M. (2021). Impacto COVID-19 en el consumo de sustancias y comportamientos con potencial adictivo: encuesta del Observatorio Español de las Drogas y Adicciones [COVID-19 impact on substance use and behaviors with addictive potential: Spanish Observatory on Drugs and Addictions survey.]. Revista Española de salud Pública, 95, e202112198.

AUTORES/AUTHORS:

Thiago Rocha da Cunha

https://orcid.org/0000-0002-6330-2714

Orlene Veloso Dias

https://orcid.org/0000-0002-9017-7875

Esther Barbosa de Araújo

https://orcid.org/0009-0006-9643-2079

Marcos Aurélio Trindade

https://orcid.org/0000-0003-1847-5066

TÍTULO/TITLE

Desigualdades durante os anos iniciais da pandemia de COVID-19 no Brasil: revisão sistemática da literatura

Palavras-chave

Pandemia. Bioética. Desigualdade. Brasil.

Objetivo

Analisar, a partir de uma perspectiva da bioética e tendo como base uma revisão integraiva da literatura, *como diferentes dimensões das desigualdades foram afetadas pelos impactos da Pandemia de COVID-19 no Brasil?"*

Métodos

O estudo utilizou os métodos da revisão integrativa da literatura, tendo como base as orientações de Souza *et al.* (2010). A pergunta norteadora desta pesquisa foi "*como diferentes dimensões das desigualdades foram afetadas nos anos iniciais da Pandemia de COVID-19 no Brasil?"* Foram definidas duas combinações de palavras-chave: "Desigualdades" AND "Pandemia" "Desigualdades" AND "COVID-19", o recorte temporal foi de 2020 a 2021. Essas duas combinações foram usadas nas bases de dados PubMed, SciElo, MedLine, Lilacs e Scopus. Foram definidos os seguintes critérios de exclusão: trabalhos repetidos, estudos que não se configuram como artigo completo ou editorial, artigos que não respondem à pergunta norteadora.

Resultados

As bases de dados consultadas resultaram em um total de 279 trabalhos. Após a primeira procura pelos trabalhos, efetuou-se a triagem, quando foram excluídos n=172 trabalhos. Em seguida, efetuou-se a 2.ª etapa da Elegibilidade dos 107 artigos restantes, em que o critério de exclusão foi de artigos que indicavam possibilidade de resposta à pergunta norteadora a partir da análise do título. Nesta etapa, todos os artigos foram catalogados em um instrumento

de fichamento de artigos. Após uma leitura mais detalhada dos resumos, foram excluídos 42 por não abordarem diretamente a pergunta, restando com um total de 65 artigos que foram analisados integralmente.

Finalmente, utilizando a técnica de produção de categorias temáticas por aglutinação, os conteúdos destes artigos relacionados à pergunta norteadora foram organizados em 6 tópicos: 1) desigualdades sociais, econômicas e étnico-raciais; 2) desigualdade territorial; 3) desigualdades de gênero e sexualidade; 4) desigualdades e políticas públicas; 5) desigualdade educacional; 6) desigualdades no acesso à saúde.

Discussão

As categorias definidas a partir da revisão integrativa da literatura são discutidas a seguir a partir de referenciais da bioética.

Desigualdades sociais, econômicas e étnico-raciais

A pandemia exacerbou as desigualdades em geral, mas nas desigualdades econômicas e sociais, notavelmente, houve piora em um cenário pré-pandêmico já eticamente problemático. Freitas, Silva e Cidade (2020), apontam, ainda no início da pandemia, que a crise sanitária global poderia evoluir para uma crise humanitária no Brasil, uma vez que a estrutura econômica no país se pautava por um modelo de acúmulo de capital e produção de desigualdades, além da redução do papel do Estado na promoção de políticas públicas.

A respeito do tema da desigualdade étnico-racial, Borret *et al.* (2020) assinalam que havia uma subnotificação dos casos de COVID-19 entre pessoas racializadas, principalmente no começo da pandemia, isso porque os sistemas de saúde não informavam qual a etnia das pessoas que procuravam os hospitais, dificultando a informação acerca de quem estava se contaminando majoritariamente.

Navarro *et al.* (2020) abordaram, ao refletir sobre a relação entre biopolítica e necropolítica durante a pandemia no Brasil, o conceito de “sujeitos infames”, referindo-se àqueles que possuem sua história esquecida, com uma vida mais precária, não contabilizadas como vidas dignas. Nesse sentido, enquanto a biopolítica preocupa-se em tornar os corpos úteis e conceder o direito de viver e evitar a morte para mantê-los à disposição dos mecanismos de produção e consumo, a necropolítica subjuga a vida através de processos de desumanização e objetificação dos “sujeitos infames”.

Desigualdade Territorial

Segundo de Díaz (2020), o enfrentamento da COVID-19 ocorria de forma diferente em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, uma vez que os últimos tiveram que lidar com problemas como a desnutrição, superlotação, saneamento básico e qualidade da água, energia elétrica, educação e a presença de doenças endêmicas infecciosas. Os países desenvolvidos, por sua vez, tiveram que lidar com a superposição da pandemia com problemas crônicos como obesidade, hipertensão, diabetes etc.

Vários estudos apontaram as diferenças territoriais na evolução da COVID-19 no Brasil. Natividade *et al.* (2020), por exemplo, analisaram o distanciamento social e sua relação com as condições de vida no município de Salvador (Bahia), chegando à conclusão de que havia uma distribuição irregular do isolamento social, sendo que os bairros com mais adesão de isolamento foram os mais ricos e os pobres com menores índices de isolamento.

Kerr *et al.* (2020) verificaram que cidades do Norte e Nordeste do Brasil tiveram maior crescimento do número de casos de COVID-19 no Brasil nos anos iniciais da pandemia do Brasil, sendo que estas regiões apresentaram os piores desempenhos quanto aos indicadores sobre desigualdades sociais e econômicas.

Desigualdades de gênero e sexualidade

As desigualdades de gênero impactaram as mulheres durante a pandemia de Covid-19 em dois principais modos: na desigualdade da divisão do trabalho na pandemia e no aumento da violência contra a mulher durante o isolamento. Hopp *et al.* (2020), apontam como o isolamento social agravou a divisão sexual do trabalho, primeiro com a perda massiva de empregos formais e informais por mulheres, segundo com a sobrecarga em trabalhos considerados “femininos” pela sociedade, como o cuidado com crianças, cuidado de idosos e pessoas com deficiência e tarefas relacionadas a limpeza

Caruzo *et al.* (2020) ressaltam que durante o período inicial da pandemia mulheres cientistas tiveram menor produção acadêmica em relação aos homens. Por outro lado, Ferreira *et al.* (2020) apontaram que no Brasil as mulheres representam 70% da força de trabalho em saúde atuando na linha de frente contra o coronavírus.

Assim, a pandemia aprofundou uma realidade de desigualdade de gênero já existente e agravam a situação. Outro ponto que envolve esta categoria de desigualdade foi apontado por Neto el al (2020), que apontou os riscos acrescidos à população LGBTQI+ por motivos relacionados ao preconceito, estigma e exclusão no acesso à saúde no Brasil.

Desigualdades e políticas públicas

Kerr *et al.* (2020) ressaltaram a falta de liderança federal do governo brasileiro em tomar medidas protetivas contra o coronavírus, assim como a falta de coordenação com os demais estados da federação. Chioro *et al.* (2020), por sua vez, indicaram a relação entre desigualdades e a pandemia como as reformas liberais no Brasil, especialmente pelo desmonte do SUS (Sistema Único de Saúde) que resultou da Emenda Constitucional 95, medida que congelou os gastos sociais da união enquanto matinha privilégios fiscais para as camadas mais ricas da sociedade.

Abrucio *et al.* (2020) destacam que o papel do então Presidente da República, Jair Bolsonaro, estabeleceu fortes relações de confronto entre o governo federativo e alguns governos locais, provocando mais descoordenação no combate à pandemia, fragilizando ainda mais as instituições sociais como o SUS.

Desigualdade educacional

Conforme destacam Alves et al (2020), há uma relação estreita entre educação e condição econômica, e esta é, por sua vez, profundamente correlacionada com maiores riscos aos danos da pandemia. Durante os anos iniciais da crise sanitária, a desigualdade educacional se fez observar na falta de acesso ou no acesso insuficiente de tecnologias para estudo remoto por estudantes de escolas públicas e também na impossibilidade de acesso à alimentação escolar, importante meio de nutrição entre crianças e jovens mais pobres do país.

Gajardo-Asbún *et al.* (2020) apontaram os desafios da educação na pandemia a partir da perspectiva do professor, tais como: aumento da carga horária de trabalho aumentada, falta de apoio da comunidade, falta de domínio do ambiente online, falta de coordenação das medidas educacionais, falta de local e suporte adequado para trabalho remoto, dificuldade de alunos acessarem as aulas, além dos problemas emocionais próprios e dos alunos que surgiram durante a pandemia.

Tosso *et al.* (2022)reforçaram a desigualdade na acessibilidade à internet por alunos de classes baixas comparados com alunos de classe média, demonstrando como a pandemia reduzia a equidade e aumentava as desigualdades já existentes no país, especialmente pela evasão escolar e por aprofundamentos de problemas socioeconômicos das famílias.

Desigualdades no acesso à saúde

Devido ao papel central que o Sistema de Saúde Único do Brasil teve durante a pandemia no Brasil, é importante analisar os artigos que tratam do tema em uma categoria à parte. Junior e Cabral (2020), por exemplo, apontaram que na pandemia os leitos de UTI aumentaram de 46.045 em dezembro de 2019 (momento pré-pandemia) para 60.265 em abril de 2020, nos meses iniciais da pandemia. Todavia, não houve uma distribuição equânime destes leitos entre a população, pois entre os 14.220 novos leitos, apenas 3.104 estavam disponíveis pelo sistema público: os novos leitos de UTI estiveram desproporcionalmente disponíveis ao setor privado de saúde, que atende uma parte minoritária da população.

Kalache et al. (2020) observaram que a sobrecarga do SUS já era realidade antes da pandemia, sobretudo devido às já citadas reformas liberais econômicas do período pós-2015. Com a pandemia e a superlotação do sistema de saúde e a distribuição iníqua entre UTIs públicas e privadas, as desigualdades sanitárias se agravaram, fazendo com que o direito à saúde fosse desproporcionalmente direcionado aos mais privilegiados do país.

Como demonstrado no tópico sobre desigualdades sociais, as vulnerabilidades sofridas por diferentes grupos marginalizados na sociedade provocam mais comorbidades e maiores chances de contrair a doença nesses grupos, mas não somente isso, o acesso à saúde também é comprometido, pessoas com maiores vulnerabilidades possuem menor acesso à saúde, devido à sobrecarga do SUS, a má distribuição de recursos no combate a pandemia e a descoordenação governamental no combate a pandemia.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Borret, R.H., Araujo D.H.S., Belford, P.S., Oliveira, D.OP.S., Vieira, R.C., Teixeira, D.S. (2020) Reflexões para uma Prática em Saúde Antirracista. Rev Bras Educ Med;44(1):1–7.

Caruzo, M.B.R., Ramalho, M.O., Juliana, P., Bragagnolo, C. (2020)Maternity, science and pandemic: an urgent call for action! Editor Hoehnea.;21(1):1–9

Chioro, A., Calife, K., Barros, C.R dos S., Martins, L.C., Calvo, M., Estanislau, E., Pereira, L.A & Caseiro, M. (2020). Covid-19 - COVID-19 em uma Metropolitana: vulnerabilidade social e políticas públicas em contextos de desigualdades. Saúde em debate 44(4). (spe4)

Díaz, O.D. (2020). La COVID-19 y su relación con las enfermedades crónicas no trasmisibles y las condiciones socioeconómicas. Rev Cuba endocrinol. 31(2):e257– e257

Ferreira, V.C., Silva, M.R.F. da, Montovani, E.H., Colares, L.G., Ribeiro, A.A., Stofel, N.S. (2020). Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e Educação Médica: Agravos no Contexto de Pandemia. Rev Bras Educ Med 44(1):1–8

Freitas, C.M., Silva, I.V.M, Cidade, N C. (2020). COVID-19 as a global disaster: Challenges to risk governance and social vulnerability in Brazil. Ambient e Soc 2020;23:1–14.

Hopp, M.V., Bonelli, J.M., Frega, M., Trajtemberg, A. (2020) Trabajo, género y desigualdades en la economía popular . Una mirada a sobre la situación de los vendedores / as callejeros en tiempos de pandemia. Trab y Soc. 21(35):7–25.

Kerr, L., Kendall, C., Silva, A.A.M. da, Aquino, E.M.L, Pescarini, J.M., Almeida, R.L.F. de, et al. (2020). COVID-19 in northeast Brazil: Achievements and limitations in the responses of the state governments. Cienc e Saude Coletiv.;25:4099–120

Natividade, M.S., Bernardes, K., Pereira, M., Miranda, S.S., Bertoldo, J., Teixeira, M.G.,et al. (2020). Social distancing and living conditions in the pandemic COVID-19 in Salvador-Bahia, Brazil. Cienc e Saude Coletiva ;25(9):3385–92

Navarro, J.H.N, Silva, M.C., Siqueira, L.A.R., Andrade, M.A.C. (2020) Necropolítica da pandemia pela covid-19 no brasil: quem pode morrer? Quem está morrendo? Quem

já nasceu para ser deixado morrer? (internet). Disponível em: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/901

Neto, A.C.M., Tagnin, L.H., Araújo, A.C.S, Hercowitz, (2020) A. Ensino em Saúde LGBT na Pandemia da Covid-19: Oportunidades e Vulnerabilidades. Rev Bras Educ Med 44(1):1–7

Souza, M,T., Silva, M.D., Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. einstein. 8(1 Pt 1):102-6

Outros aspectos do trabalho

i. O trabalho não envolveu pesquisa com seres humanos, portanto, não necessitou de aprovação de Comitê de Ética ou aplicação de termo de consentimento.

ii. Os autores declaram não haver conflito de interesses.

iii. Os autores não utilizaram inteligência artificial (IA) generativa ou tecnologias assistidas por IA no processo de redação.

Mesa 48: Salud y género. Promoción de la salud
Session 48: Health and gender. Health promotion

AUTORES/AUTHORS:

Zaira Reyes Amargant (1,2,3) [ORCID:0000-0003-0446-784X], Marta Roqueta Vall-llosera (1,2) [ORCID:0000-0002-9811-3315], Concepció Fuentes Pumarola (1,2) [ORCID: 0000-0001-9486-7016], Carolina Rascón Hernán(1) [ORCID: 0000-0003-2534-3328], David Ballester Ferrando (1,2) [ORCID: 0000-0003-3215-4795], Josep Garre Olmo (1,2) [ORCID: 0000-0002-7817-0814].

1. Universidad de Girona, Departamento de Enfermería
2. Grupo de investigación Salud, Género y Envejecimiento. Universidad de Girona
3. Centro de Atención Primaria, Can Gibert del Pla, Girona

TÍTULO/TITLE:

La atención maternal percibida por las mujeres en la Región Sanitaria de Girona

Palabras clave

violencia obstétrica, parto, atención maternal respetuosa, satisfacción

Objetivo

Explorar opiniones y percepciones entorno al proceso de parto de las mujeres que han recibido

atención maternal en la Región Sanitaria de Girona durante el año 2022.

Métodos

Se trata de un estudio de metodología cualitativa con un enfoque fenomenológico. La muestra consistió en ocho mujeres que dieron a luz en la Región Sanitaria de Girona en el año 2022. Esta región cuenta con un total de 9 centros, 7 públicos y dos privados. Se reclutaron siete mujeres de hospitales públicos y una de centro privado con previo consentimiento. La edad de las mujeres fue entre los 20 y los 39 años, representaron distintas nacionalidades y tuvieron diferentes tipos de parto. Se realizaron entrevistas individuales en profundidad mediante videollamada, dada la situación de la pandemia. Las entrevistas fueron semiestructuradas y tuvieron una duración de entre 40 minutos y una hora. Las variables que se estudiaron fueron; nivel de satisfacción, expectativas maternas, participación en las decisiones, atención maternal respetuosa, preferencias en la atención profesional y atención en el postparto. El análisis cualitativo de los datos narrativos se realizaron desde una perspectiva fenomenológica de manera descriptiva hasta la saturación de datos. Se codificaron, categorizaron y triangularon los resultados con más de una investigadora y con la bibliografía encontrada previamente.

Este estudio forma parte del proyecto Análisis de la asistencia sanitaria en el embarazo, parto y postparto de la demarcación de Girona promovido y financiado por el Instituto Catalán de las Mujeres, Consejería de Igualdad y Feminismos (Generalitat de Catalunya) a través del Pacto de Estado contra la violencia de Género (Ministerio de Igualdad) y fue aprobado por el Comité de Ética de investigación (CEIM) de Girona.

Resultados

Las mujeres que han sido madres tienen unas vivencias distintas según la atención recibida por parte de los profesionales de la salud. El objetivo principal de las mujeres es el bienestar del/la bebé. El dolor ocupa una posición relevante en esta experiencia vital. Tras el análisis de las entrevistas se identificaron 3 áreas temáticas principales con sus categorías correspondientes: *Experiencia de parto, atención maternal respetuosa y valoración global del proceso*.

De la ***experiencia de parto*** se identificaron 5 categorías: 1) *Satisfacción general en la atención recibida.* La mitad de las mujeres se sintieron satisfechas de forma general con la atención recibida. 2) *Relación terapéutica entre profesionales y mujeres:* Establecer una relación terapéutica de confianza favorece el trato recibido hacia las mujeres. 3) *Impacto emocional vivido:* El recuerdo positivo que más mencionan las mujeres es el primer contacto con el/la bebé, el piel con piel, mientras que el peor el dolor experimentado y el trato recibido hacia ellas. 4) *Expectativas de las mujeres:* Determinadas por las experiencias previas como antiguos partos, si han tenido problemas de salud, si han planificado el nacimiento y si tienen prejuicios previos sobre el hospital. 5) *La toma de decisiones:* Se han identificado situaciones en que se ha coaccionado la voluntad de la mujer.

De la segunda área temática, **la atención maternal respetuosa,** se han identificado 5 categorías más. 1) *Diferencias entre profesionales de la salud:* No perciben la misma atención entre matronas y obstetras, siendo las primeras mejor valoradas. 2) *Sentimientos vividos por la mujer:* depende de las experiencias previas, los sentimientos son distintos aunque se destaca el miedo, la culpabilidad y la felicidad por ser madres. 3) *La pareja y la unidad familiar:* Se relatan situaciones de separación injustificada del/la bebé con las madres y los padres. 4) *La comunicación:* Ponen de manifiesto una falta de comunicación del profesional sanitario hacia la mujer. 5) *Otros aspectos que pueden influir en la vivencia de ser madre:* Informan de la importancia de sentirse acompañadas por la familia y la inserción laboral.

La última área temática, **la valoración global de la asistencia,** se identificaron 3 categorías. 1) *La atención maternal respetuosa:* Relatan el poco tiempo que se dedica en las visitas, la poca comunicación, y el estrés del parto. 2) *La valoración de los profesionales:* Creen que son personas competentes para desarrollar su trabajo. 3) *Atención maternal no respetuosa/violencia obstétrica:* Algunas de ellas ponen en manifiesto que no han sufrido violencia pero sí un trato no adecuado ni respetuoso. Aún así, en los relatos, el equipo investigador ha podido identificar situaciones que pueden categorizarse de no respetuosas.

Discusión

La percepción de las mujeres en relación a la atención maternal recibida es una cadena de sucesos en los que la asistencia sanitaria que proporcionan los profesionales de la salud, provoca un impacto emocional en las mujeres. El poco tiempo dedicado en consulta ha sido uno de los motivos de insatisfacción más mencionados junto con la separación injustificada del neonato del núcleo familiar. El piel con piel se ha reportado como la mejor acción de satisfacción para las mujeres que han dado a luz. En relación con los y las profesionales de la salud, las mujeres están muy satisfechas con la labor de las matronas por su atención y amabilidad. De los y las profesionales de la obstetricia destacan el poco tiempo dedicado y haber recibido un trato más distante. Por último, destacan la falta de sensibilidad por parte de algunos/as anestesistas. La comunicación impacta en la atención maternal respetuosa, ya que incide durante todo el proceso y está afectada a todos los niveles, como el uso del lenguaje, los canales de comunicación, la accesibilidad y el cuerpo del mensaje. La falta de comunicación se ha visualizado en los relatos de las mujeres ya que muchas no sabían qué pruebas o técnicas se les realizaban a ellas y a sus recién nacidos/as así como tampoco han realizado muchas de ellas el plan de parto, esencial para saber las opciones que tienen para poder dar a luz, siendo también un medio de concienciación del proceso de parto. La satisfacción del proceso de parto también se ha visto muy influenciada por el proceso del posparto en que el soporte de la familia y la inserción laboral han sido cruciales para dicha satisfacción. Al preguntar sobre si han percibido haber sufrido violencia, las mujeres manifiestan que no, aunque en sus relatos se observan actuaciones que podrían enmarcarse en una atención maternal no respetuosa como hacer callar a una mujer porque chilla o no tomarse de forma seria las demandas de dolor de las mujeres, entre otros aspectos. A partir de esta investigación se propone crear una guía de buenas prácticas, con las aportaciones de las madres, para asegurar la atención maternal respetuosa.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1 Goberna-Tricas, Josefina, Boladeras M (2018) Análisis del concepto de violencia obstétrica desde las perspectivas legal, médica, filosófica, sociopolítica y pedagógica. In: Goberna-Tricas J, Boladeras M (eds) Violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento.Tecnos, Madrid, pp 39-68

2 Vivas E (2019) El part és meu. In: Abella M, Adam M, Cortadellas M, et al (eds) Mama desobedient. Som Ara Llibres, Barcelona, pp 123-195

3 Jardim DMB, Modena CM (2018) Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Rev. Lat. Am. Enfermagem 26

4 Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020a). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(21), 7726. https://doi.org/10.3390/ijerph17217726

Otros aspectos del trabajo

El estudio tiene la aprobación del Comité de Ética correspondiente y se ha contado con el consentimiento informado de las mujeres participantes.

- ***CElm IDIAP Jordi Gol*** *(Código 21/187-P)*

  CElm Hospital Universitario Doctor Iosep Trueta (Código 2021.043)

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses así como la no utilización de inteligencia artificial

AUTORES/AUTHORS:

Claudia Ruiz Huerta García de Viedma 1**,** Ana M. Palmar Santos 2**,** Carmen Ferrer Arnedo 1, Sergio Gómez del Río 1, Gema Vega González 3

1 Hospital Universitario de la Cruz Roja San José y Santa Adela

2 Universidad Autónoma Madrid

3 Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. Consejería de Sanidad

TÍTULO/TITLE:

¿Se cuidan los trabajadores de los hospitales? Un estudio sobre el manejo y control de su salud en un hospital de Madrid

INTRODUCCIÓN

Las personas que trabajan en un hospital no tienen mejores hábitos de salud que la población general a pesar de que, muchos de ellos tienen la formación para realizar hábitos de vida saludables. En 2021 en el Hospital Universitario de la Cruz Roja (HUCR) de Madrid se realizó un estudio para conocer los hábitos de salud de los trabajadores mediante un cuestionario. Tras su análisis, se vio la necesidad de hacer un abordaje cualitativo para profundizar en algunos aspectos sobre hábitos de salud, necesarios para diseñar una intervención para mejorar sus hábitos, enmarcada en el Plan de Humanización de la Comunidad de Madrid, en la línea de Apoyo a los Profesionales.

OBJETIVOS

Analizar los hábitos de salud de trabajadores, factores que influyen en su autocuidado y percepción de su manejo y control.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo de corte fenomenológico para conocer experiencias, percepciones y vivencias humanas y su significación en el comportamiento social. Se llevó a cabo en HUCR con trabajadores de todos los servicios y colectivos del centro. Se realizó un muestreo por propósito que contempló la diversidad y realidad de diferentes entornos laborales del centro. Se realizaron 4 grupos focales con 7-10 participantes configurados según criterios de homogeneidad como categoría profesional (personal no sanitario, sanitario), y criterios de heterogeneidad (sexo, edad y lugar de desempeño en el centro): 1. Celadores, 2. Médicos/enfermeras, 3. Personal de oficios, 4. TCAES/celadores, con un total de 26 participantes. También se realizaron 4 entrevistas semiestructuradas a informantes clave que, por su perfil, no podían formar parte de los grupos, seleccionados por: responsable de colectivo no sanitario, responsable de colectivo sanitario, vinculado dirección-administración del centro y vinculado a salud laboral. Para los grupos y entrevistas se elaboró un guion con las temáticas más relevantes para el estudio. El material fue analizado a partir de la transcripción literal de los audios. Para la codificación y categorización de los textos, se siguieron las fases de Giorgi, que plantea un proceso de lectura,

reflexión, escritura y re-escritura que transforma la experiencia vital en un texto, manteniendo su esencia, coherente con la propuesta fenomenológica de esta investigación.

RESULTADOS

Las categorías de análisis identificadas fueron: hábitos de salud, salud mental, dificultades/motivación para el autocuidado. Los hábitos de salud son similares a los de la población general y existe necesidad del cuidado de la salud mental. Tener conocimientos no es garantía de buenos hábitos. Las dificultades para cuidarse están ligadas a ausencia de motivación, escasez de tiempo y problemas de relaciones interpersonales en el trabajo. Surgieron posibles iniciativas a desarrollar para impulsar hábitos saludables: las incluidas en el horario laboral tuvieron mayor aceptación.

CONCLUSIONES

Tener una buena salud mental es necesario para cuidarse y mantener una buena salud física. Un buen ambiente laboral, buenos líderes y espacios de encuentro facilitan el autocuidado y promueven la motivación. Teniendo en cuenta las necesidades detectadas y sus propuestas se diseñará un proyecto con mayor capacidad de adherencia que promueva la salud de los trabajadores

POSTER 2

AUTORES/AUTHORS:

María Sandra Ovejero-de-Pablo[1,2], Raúl Soto-Cámara[1,3], Rosa María Cárdaba-García[4], Clara María Torres-Ortega[2,5], Susana Navalpotro-Pascual[6,7], Gemma Hernández-Ramos[2], Noemi García-Santa-Basilia[1], Esther Bahillo Ruiz[2], María Paz Matellán Hernández[1].

[1]Emergencias Sanitarias de Castilla y León - Sacyl; [2]Departamento de Enfermería - Universidad de Valladolid (Campus Soria); [3]Departamento de Ciencias de la Salud - Universidad de Burgos; [4]Departamento de Enfermería - Universidad de Valladolid (Campus Valladolid); [5]Hospital de Soria; [6]SUMMA 112 - Madrid; [7]Departamento de Enfermería - Universidad Autónoma de Madrid.

TÍTULO/TITLE:

La humanización de la asistencia en los servicios de emergencias extrahospitalarias desde la perspectiva del profesional

Palabras clave: Humanización de la atención; Sistema médico de emergencia; Ambulancias; Personal de salud.

INTRODUCCIÓN

La humanización sanitaria es un valor a considerar en los Servicios de Emergencias extrahospitalarias, donde la elevada tecnificación y protocolización de las actuaciones aumentan la vulnerabilidad del paciente. Detectar las competencias personales que pueden condicionarla e incrementarla permite identificar intervenciones que mejoran la atención al paciente y su familia.

OBJETIVO

Analizar el nivel de humanización de los profesionales sanitarios del Servicio de Emergencias extrahospitalarias de Castilla y León, identificando posibles factores que lo puedan modificar.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron a todos los médicos y enfermeros que, entre el 01/05/23 y 31/05/23, se encontraban trabajando en cualquier recurso asistencial del Servicio de Emergencias extrahospitalarias de de Castilla y León. Fueron excluidos los profesionales ausentes de su puesto de trabajo, independientemente de la causa, así como aquellos que ejercían labores de regulación en el Centro Coordinador de Emergencias o de gestión en sus órganos directivos.

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional. Se envió una carta de invitación a los profesionales a través del correo electrónico institucional, donde se informaba del objetivo y características del estudio, subrayando su carácter anónimo y voluntario. Al final de la carta se incluyó un enlace al cuestionario on-line.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Burgos (IR 7/2020). La devolución cumplimentada del cuestionario llevaba implícito el consentimiento del profesional para participar en el estudio. Los cuestionarios no cumplimentados en su totalidad fueron eliminados del análisis posterior.

El resultado principal fue el nivel de humanización del profesional sanitario, valorado mediante la Escala de Humanización en el Profesional Sanitario (Healthcare Professional Humanization Scale – HUMAS), desarrollada por Pérez-Fuentes et al. Esta escala evalúa la disposición al optimismo, la sociabilidad, la comprensión emocional, la autoeficacia y la afectación profesional a través de una escala de frecuencias de 5 puntos. La puntuación total se obtiene mediante la suma de puntos de cada ítem, oscilando entre 0 y 95. Las puntuaciones más elevadas se correlacionan con mayores competencias personales en la prestación de cuidados humanizados. También se recogieron datos sociodemográficos, de hábitos y ocupacionales mediante un cuestionario ad hoc.

Las variables categóricas se resumieron mediante frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%), recurriendo a la media (m) y desviación estándar (DE) en el caso de las cuantitativas. Para determinar la existencia de asociación entre las variables se utilizó la prueba chi-cuadrado, t de student para muestras independientes o ANOVA de un factor. Se consideró la existencia de significación estadística si $p<0,05$. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS versión 28.0 (IBM-Inc, Chicago-IL-USA).

RESULTADOS

La muestra estuvo formada por 123 profesionales sanitarios, lo que supuso una tasa de respuestas del 37,96%. El 56,91% (n=70) fueron mujeres, con una edad media de 46,83 años (DE ±8,76). El 63,41% (n=78) eran enfermeros/as, siendo la vinculación laboral fija la más frecuente (n=99; 88,48%). Cuatro de cada cinco profesionales trabajaban en el medio semiurbano o rural, con una experiencia laboral media de 15,13 años (DE ±7,90) en Servicios de Emergencias extrahospitalarias. El 37,40% (n=46) manifestaron haber consumido psicofármacos con anterioridad, refiriendo 9 personas (7,32%) un mal estado de salud autopercibido. El 20,33% (n=25) presentaron niveles de humanización, categorizados como altos, con una puntuación media de 11,43 (DE ±2,22) para disposición al optimismo, de 13,63 (DE ±1,57) para sociabilidad, de 10,42 para compromiso emocional (DE ±2,12), de 19,63 para autoeficacia (DE ±2,63) y de 19,32 para afectación (DE ±3,23).

Las mujeres ($p<0,001$), los profesionales sanitarios de mayor edad ($p<0,001$) o con mayor experiencia laboral ($p=0,020$) y aquellos que trabajaban en el ámbito rural ($p=0,034$) presentaron niveles de humanización significativamente superiores.

DISCUSION

El nivel de humanización obtenido por los profesionales de este estudio se sitúa en valores medios-altos, similar al observado en otros ámbitos asistenciales. Se han identificado diferentes factores que favorecen el optimismo, la interacción social, la autoeficacia, la inteligencia emocional y la afectación. La asunción tradicional del rol de cuidador

principal de las mujeres puede ser una de las causas de su mayor nivel de humanización. Los profesionales más jóvenes y, por tanto, con menor experiencia laboral, tienen menos habilidades para manejar las situaciones complejas o conflictos que se les pueden presentar en el desarrollo de su práctica laboral, lo cual puede repercutir en la manera en la que afrontan su relación con el paciente. El tiempo de traslado de los dispositivos asistenciales del ámbito rural suele ser más elevado, lo que permite establecer a los profesionales una relación más cercana y empática con los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIGRAPHY:

- Moreira MCN. Care, lack of care and affection: a perspective for humanization in health. Cien Saude Colet. 2021 Aug;26(8):2934.. doi: 10.1590/1413-81232021268.12592021.
- 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. 2019;12(5):461-474. doi: 10.1007/s40271-019-00370-1.
- Suazo I, Pérez-Fuentes MDC, Molero Jurado MDM, Martos Martínez Á, Simón Márquez MDM, Barragán Martín AB, et al. Moral sensitivity, empathy and prosocial behavior: Implications for humanization of nursing care. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(23):8914. doi: 10.3390/ijerph17238914.
- Molero Jurado MDM, Herrera-Peco I, Pérez-Fuentes MDC, Oropesa Ruiz NF, Martos Martínez Á, Ayuso-Murillo D, et al. Communication and humanization of care: Effects over burnout on nurses. PLoS One. 2021;16(6):e0251936. doi: 10.1371/journal.pone.0251936.
- Pérez-Fuentes MDC, Herrera-Peco I, Molero Jurado MDM, Oropesa Ruiz NF, Ayuso-Murillo D, Gázquez Linares JJ. A cross-sectional study of empathy and emotion management: Key to a work environment for humanized care in nursing. Front Psychol. 2020;11:706. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00706.
- Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira MA. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. Rev Gaucha Enferm. 2019;40:e20180263. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180263.
- Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MRD. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. Rev Bras Enferm. 2017;70(5):1040-1047. doi: 10.1590/00347167-2016-0281.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente estudio.

POSTER 3

AUTORES/AUTHORS:

Raúl Soto-Cámara[1,2], Rosa María Cárdaba-García[3], María Sandra Ovejero-de-Pablo[1,4], Susana Navalpotro-Pascual[5,6], María Henar Onrubia-Baticon[1], Noemi García-Santa-Basilia[1], María Paz Matellán-Hernández[1], María Celeste Santiago-Valladolid[7], María del Carmen Maestro-Arroyo[1]

[1]Emergencias Sanitarias de Castilla y León - Sacyl; [2]Departamento de Ciencias de la Salud - Universidad de Burgos; [3]Departamento de Enfermería - Universidad de Valladolid (Campus Valladolid); [4]Departamento de Enfermería - Universidad de Valladolid (Campus Soria); [5]SUMMA 112 - Madrid; [6]Departamento de Enfermería - Universidad Autónoma de Madrid; [6]Atención Primaria Comunidad Foral de Navarra - Osasunbidea.

TÍTULO/TITLE:

Humanización de los cuidados de enfermería en los Servicios de Emergencias Extrahospitalarias

Palabras clave: Humanización de la atención; Sistema médico de emergencia; Ambulancias; Enfermeras y enfermeros.

OBJETIVO

Identificar la mejor evidencia científica disponible que demuestre la importancia de humanizar los cuidados enfermeros en los Servicios de Emergencias extrahospitalarias.

MÉTODO

Se diseñó una revisión sistemática en las bases de datos CINHAL, EMBASE, PUBMED, SCOPUS y WEB OF SCIENCE, entre enero y abril de 2023. La búsqueda se inició con la formulación de la pregunta de investigación: “En pacientes atendidos por los Servicios de Emergencias extrahospitalarias (P), ¿brindar unos cuidados enfermeros humanizados (I) mejora la calidad de la asistencia, su nivel de satisfacción y su relación con los profesionales sanitarios (O)?”. Se diseñaron diferentes estrategias de búsqueda, adaptadas a las particularidades de cada base de datos. Como palabras clave se utilizaron los MeSH (emergency medical service, ambulances, nursing, nursing care, dehumanization, patient satisfaction, professional-patient relations) y términos libres (emergency health services, emergency mobile unit, EMS, nurses, registered nurses, dehumanisation, humanization of assistance, satisfaction, contacting client) adecuados al objetivo del estudio, alguno de ellos truncados, combinados mediante los operadores boleanos AND y OR. También se realizó una búsqueda inversa manual, consultando páginas web, literatura gris y las referencias bibliográficas de los estudios seleccionados. Se incluyeron todos los trabajos de investigación cualitativos o cuantitativos, independientemente de su diseño metodológico, publicados en inglés, portugués o castellano en los últimos 10 años, que en sus resultados analizasen los beneficios de la humanización de los cuidados en términos de calidad de la asistencia, satisfacción del paciente y relación con los profesionales sanitarios, así como aquellos otros que identificasen factores relacionados con una mayor humanización- deshumanización de los cuidados. La selección de estudios y la

evaluación de su calidad metodológica se realizó por pares, de forma independiente y ciega, resolviendo las posibles discrepancias mediante consenso y, en caso de no lograrlo, mediante la participación de un tercer evaluador. La calidad metodológica fue evaluada mediante las Critical Appraisal Tools del Instituto Joanna Briggs.

RESULTADOS

Se identificaron 99 trabajos, descartándose 87 tras la lectura del título y resumen por no estar relacionados con el tema objeto de la revisión, no ajustarse a los criterios de inclusión establecidos o estar duplicados. Tras la lectura crítica del texto completo de los 13 trabajos seleccionados, 9 obtuvieron la puntuación mínima exigida, que garantizaba el cumplimiento de los criterios de validez metodológica establecidos en las Critical Appraisal Tools del Instituto Joanna Briggs, distribuidos en 3 estudios cualitativos, 5 estudios transversales y 1 revisión sistemática.

No se observó unanimidad en la definición de la humanización de los cuidados de enfermería entre los artículos seleccionados. El objetivo principal en la mayoría de estudios fue identificar factores relacionados con una atención sanitaria deshumanizada. Hubo gran variabilidad en cuanto a la muestra estudiada, incluyendo pacientes, familiares y profesionales sanitarios, tanto del ámbito de urgencias como emergencias. Factores como la escasa formación de los enfermeros en habilidades comunicativas y emocionales, la elevada presión asistencial, la estructura física propia del servicio o el escaso apoyo institucional fueron algunos de los elementos que favorecían la prestación de cuidados fragmentados y deshumanizados, lo cual repercutió directamente en la satisfacción del paciente.

DISCUSION

La prestación de cuidados enfermeros humanizados y centrados en la persona por parte de los Servicios de Emergencias extrahospitalarias mejora la percepción de la experiencia vivida por el paciente, la eficacia de la atención prestada y la relación terapéutica establecida por el profesional sanitario, además de guiar las decisiones clínicas a tomar en función de las necesidades del paciente.

La falta de formación de los enfermeros sobre habilidades comunicativas y emocionales en su interacción con el paciente es un factor que se ha relacionado con la ausencia de humanización de la atención sanitaria, lo que indica la necesidad de educación permanente y capacitación constante. Con ello, se conseguirá que los niveles de satisfacción de los pacientes mejoren, al conocer en todo momento el fundamento de los cuidados enfermeros recibidos. Una estructura física inadecuada se ha identificado como uno de los principales obstáculos para la prestación de cuidados enfermeros humanizados. El ambiente donde se lleve a cabo la asistencia sanitaria debe garantizar en todo momento la comodidad, privacidad y respeto a la dignidad de la persona. La elevada presión asistencial junto con el déficit de recursos materiales interfiere en la satisfacción de las necesidades del paciente, comprometiendo la integralidad y humanización de la atención. Los Servicios de Emergencias extrahospitalarias con baja capacidad resolutiva ven dificultada su capacidad de humanizar los cuidados enfermeros, al provocar un aumento de su demanda y de sus tiempos/respuesta. La corresponsabilidad y el compromiso profesional son factores esenciales en la provisión de cuidados humanizados; sin embargo, la ausencia de atención humanizada también se relaciona con la salud del profesional debido a la elevada

demanda asistencial, a la escasez de recursos, a la existencia de usuarios agresivos y a las malas condiciones laborales a las que se encuentran sometidos.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

- Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira MA. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. Rev Gaucha Enferm. 2019;40:e20180263. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180263.
- Pontón YD, Narváez VPD, Andrade BM, Terán JJL, Reyes-Reyes A, Calzadilla-Núñez A. Working nurses' empathy with patients in public hospitals. Rev Lat Am Enfermagem. 2023;31:e3968. doi: 10.1590/1518-8345.6591.3968.
- 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. 2019;12(5):461-474. doi: 10.1007/s40271-019-00370-1.
- Michelan VCA, Spiri WC. Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. Rev Bras Enferm. 2018;71(2):372-378. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0485.
- Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MRD. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. Rev Bras Enferm. 2017;70(5):1040-1047. doi: 10.1590/00347167-2016-0281.
- Moreira MCN. Care, lack of care and affection: a perspective for humanization in health. Cien Saude Colet. 2021;26(8):2934. doi: 10.1590/1413-81232021268.12592021.
- Velasco Bueno JM, La Calle GH. Humanizing intensive care: From theory to practice. Crit Care Nurs Clin North Am. 2020;32(2):135-147. doi: 10.1016/j.cnc.2020.02.001.
- Karlsson M, Pennbrant S. Ideas of caring in nursing practice. Nurs Philos. 2020;21(4):e12325. doi: 10.1111/nup.12325.
- Kvande ME, Angel S, Højager Nielsen A. 'Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC)'. Nurs Ethics. 2022;29(2):498-510. doi: 10.1177/09697330211050998.
- Galvin IM, Leitch J, Gill R, Poser K, McKeown S. Humanization of critical care-psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review. Can J Anaesth. 2018;65(12):1348-1371. doi: 10.1007/s12630-018-1227-7.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente estudio

POSTER 4

AUTORES/AUTHORS:

Vanesa Regulez Campo, Cristina Sánchez Sánchez

TÍTULO/TITLE:

Estudio descriptivo: Intervenciones de enfermería que previenen la resistencia antimicrobiana

Prevention; resistant antibiotic; antimicrobial resistance; nursing

Objetivo principal: Identificar qué acciones preventivas realizan habitualmente las enfermeras para prevenir la resistencia antimicrobiana (RAM) El European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) (1) define la resistencia antimicrobiana como “aquellos patógenos que provocan enfermedades y que cuando son tratados con el fármaco específico este no consigue el efecto deseado, matar y / o inhibir el crecimiento de dicho patógeno”

Este problema se agrava cuando las bacterias u otros patógenos que son susceptibles a los antibióticos mutan, por tanto, el tratamiento antibiótico específico no es efectivo.

Entre los múltiples factores que han acelerado el aumento de la resistencia antimicrobiana, están el uso indiscriminado de los antibióticos tanto en personas como en animales, la prescripción de antibióticos para enfermedades víricas, la prescripción de antibióticos de amplio espectro sin tener el resultado de que tipo de patógeno es el causante de la infección.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) la resistencia antimicrobiana es una amenaza para la salud mundial y la seguridad alimentaria. Se estima que el coste de las resistencias antimicrobianas será de más de 100 trillones de dólares desde 2016 hasta 2050, si no se realizan acciones para prevenirlo. Jim O’Neil (3).

Según el ECDC estima en 33000 muertes anuales causadas por las resistencias antimicrobianas. (Cassini et al., 2019). En España, la cifra anual de muertes atribuibles a la resistencia antimicrobiana es de 3000 muertes anuales. (Los últimos datos sobre resistencia en Europa, 2018)

A nivel nacional en España, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha realizado el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (6) y fomenta la vigilancia de las resistencias antibióticas a través de la Red Nacional de Vigilancia

Epidemiológica RENAVE (7).

Osakidetza, Servicio Vasco de salud lleva en sus líneas estratégicas de Seguridad del Paciente; disminuir la resistencia antimicrobiana (7), (8) y (9). En la Organización Sanitaria integrada Ezkerraldea – Enkarterri – Cruces (OSI EEC) se están realizando estrategias de prevención a nivel local; como la implementación del Programa de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA) para monitorizar las infecciones provocadas por las resistencias antimicrobianas. (10). El ECDC

(1) indica que la figura de los profesionales que trabajan en las organizaciones sanitarias es fundamental para evitar la resistencia antimicrobiana

Metodología:

Diseño: cuantitativa, estudio descriptivo, unicentrico.

Criterios de inclusión: haber cursado estudios que den acceso a trabajar como enfermera y trabajar en la OSI EEC

Se realiza un cuestionario ad hoc de 27 ítems.

El 27 de abril del 2023 se obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación de la OSI EEC. En este dictamen recomiendan modificar el cuestionario, se realiza la recomendación y se manda a traducir. El cuestionario está disponible en euskera y castellano.

El periodo de recogida de datos fue desde el 17 de mayo hasta el día 2 de junio 2023.

La difusión del proyecto se ha realizado a través de unidad de docencia de enfermería, se ha enviado dos emails, con 10 días de diferencia, solicitando la colaboración en el proyecto. En el mensaje incluía la hoja de información del Proyecto y el link de acceso al cuestionario.

Resultados:

Se obtuvieron 117 respuestas, 1 incompleta. Para el análisis con el SPSS, se han utilizado 116 respuestas.

El 64,7% de las participantes su ámbito de trabajo es hospitalario y el 35,3% su ámbito es atención primaria. El 64,7% de los encuestados trabaja con población adulta, un 16,4% trabaja con población pediátrica, un 14,7% trabaja con adultos y pediatría y un 4,3% de los participantes no trabajan directamente con pacientes.

El 12,1% siempre revisa el tratamiento antibiótico. El 25,9% siempre revisa los efectos secundarios de los antibióticos. El 15,5% de las enfermeras realizan educación sobre la terapia antibiótica a los pacientes. El 25,5% cumplen con los tiempos de secado de los antisépticos previo a la realización de una técnica. El 91,4% ha tenido dudas con el orden de extracción de tubos de una muestra de sangre. Cuando tienen dudas la mayoría acuden a sus compañeros o llaman al laboratorio para saber el orden correcto.

El 69% no han realizado formación sobre resistencias antimicrobianas. El 27,6% de las encuestadas había realizado formación sobre Higiene de manos

El 95,7% cree que es importante tener conocimientos sobre resistencia antimicrobiana en su práctica habitual y el 91,4% indica que el lavado de manos es la técnica más importante para evitar las resistencias antimicrobianas

Discusión

Según la OMS, el lavado de manos es la principal estrategia contra las RAM junto con la educación sanitaria. Ambas estrategias son realizadas por las enfermeras

Conclusión

Es necesario formar a las enfermeras en higiene de manos, formaciones sobre prevención de infecciones, tener los protocolos de actuación accesibles para la consulta de dudas. Es imprescindible, formar en habilidades de comunicación efectiva a las enfermeras para dar educación sanitaria apropiada

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Snapshot. (s. f.-a). Recuperado 15 de enero de 2023, de https://www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-resistance/facts/factsheets/general-public

Snapshot. (s. f.-b). Recuperado 15 de enero de 2023, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/resistencia-a-los-antibi%C3%B3ticos

160518_Final paper_with cover.pdf. (s. f.). Recuperado 15 de enero de 2023, de https://amr-review.org/sites/default/files/160518 Final%20paper with%20cover.pdf

Cassini, A., Högberg, L. D., Plachouras, D., Quattrocchi, A., Hoxha, A., Simonsen, G. S., Colomb-Cotinat, M., Kretzschmar, M. E., Devleesschauwer, B., Cecchini, M., Ouakrim, D. A., Oliveira, T. C., Struelens, M. J., Suetens, C., Monnet, D. L., Strauss, R., Mertens, K., Struyf, T., Catry, B., ... Hopkins, S. (2019). Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: A population-level modelling analysis. The Lancet Infectious Diseases, 19(1), 56-66. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30605-4

Los últimos datos sobre resistencia en Europa: 33.000 muertes anuales y mayor concienciación. (2018, noviembre 26). https://www.resistenciaantibioticos.es/es/noticias/los-ultimos-datos-sobre-resistencia-en-europa-33000-muertes-anuales-y-mayor-concienciacion

Plan Nacional Resistencia Antibióticos | PRAN. (s. f.). Recuperado 15 de enero de 2023, de https://www.resistenciaantibioticos.es/es

VIGILANCIA NACIONAL DE LA RESISTENCIA.pdf. (s. f.). Recuperado 14 de enero de 2023, de https://www.resistenciaantibioticos.es/sites/default/files/2022-04/vigilancia nacional de la resistencia.pdf

Marco-Estrategico-Departamento-Salud-2021-2024.pdf. (s. f.). Recuperado 14 de enero de 2023, de https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/marco estrategico 2021 2024/es def/adjuntos /Marco-Estrategico-Departamento-Salud-2021-2024.pdf

INFAC_Vol_27_8_PROA_cas.pdf. (s. f.). Recuperado 14 de enero de 2023, de https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevimeinfac2019/esdef/adjuntos/INFACVol_278PROAcas.pdf

ESTRATEGIA2020_es.pdf. (s. f.). Recuperado 14 de enero de 2023, de https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cinfo estrategia seg paciente/es def/adjuntos/ ESTRATEGIA2020 es.pdf

Espiñeira, J. U., López, A. S., Gómezcorta, J. B. A., Méndez, C. H., Miranda, M. A., & Urquijo, D. (s. f.). I-018—PROA AMPLIANDO HORIZONTES HACIA LA ATENCIÓN PRIMARIA

POSTER 5

AUTORES/AUTHORS:

Hernández Sánchez, Susana (Enfermera); Del Río Maroto, Noelia (Subdirectora de enfermería); Gomez Valverde, Alicia (Supervisora de calidad); Gonzalo Arranz, Yaiza (Supervisora de docencia)

TÍTULO/TITLE:

Impacto y análisis de resultados tras la creación de un equipo de infusión y acceso vascular en hospital de tercer nivel.

PALABRAS CLAVE: catéter central de inserción periférica, complicaciones, catéteres de línea media, enfermería.

INTRODUCCION

La gestión adecuada del acceso vascular es una de las necesidades más importantes en la actividad hospitalaria. Más del 80% de los pacientes hospitalizados recibe algún tipo de terapia intravenosa[1]. Las complicaciones más comunes son flebitis, infiltración, oclusión, desplazamiento e infección, conduciendo todas ellas a la retirada prematura del catéter[2]. La presencia de dichas complicaciones se debe fundamentalmente a la variabilidad en criterios de indicación, mantenimiento y sustitución del catéter. Esta variabilidad en la práctica clínica hace que cada enfermera actúe según criterios propios, alejándose en ocasiones de las recomendaciones avaladas por la evidencia científica[3].

La necesidad de mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente en el acceso vascular ha impulsado el desarrollo de un proyecto de implementación de un equipo de infusión y acceso vascular (EIAV) en un hospital de tercer nivel

OBJETIVOS

Implementar el proyecto de un EIAV en un hospital de tercer nivel Análisis de los resultados tras la implantación del EIAV en un hospital de tercer nivel a los 12 meses

METODO

La implementación se llevó a cabo en varias fases:

1. Percepción de la necesidad y traslado a la Dirección de Enfermería
2. Selección de los profesionales y formación

- Creación de un grupo de trabajo siguiendo el modelo de gestión por competencias: Una enfermera referente y otra enfermera clínica
- Capacitación de los profesionales: formación teórica
- Búsqueda de un hospital formador: formación práctica de 10 días

3. Difusión e inicio de la actividad:
    - Diseño de circuito de atención en el que se prestan los servicios asumidos y la documentación que se precisa para ello
    - Estructuras hospitalarias: adecuación de una sala en H. Día hematológico
    - Valoración y abastecimiento del material a emplear
4. Desarrollo de la actividad del equipo:
    - Desarrollo de protocolos: protocolo de inserción del catéter PICC, protocolo de mantenimiento del catéter PICC y línea media en el paciente adulto, protocolo desobstrucción catéter PICC
    - Desarrollo documentos de base legal: consentimiento informado
    - Formación al resto de profesionales del hospital: algoritmo de decisión de los dispositivos, mantenimiento de los dispositivos.
    - Curva de aprendizaje del ETI
5. Propuesta del proyecto a la Dirección de Enfermería
    - Valoración económica
    - Redacción del proyecto y objetivos
    - Presentación del cuadro de mandos
6. Preparación logística del proyecto:
    - Definición cartera de servicios: básica y avanzada
    - Creación de una agenda ajustándose a las necesidades del hospital: primera consulta, consulta sucesiva, otras técnicas avanzadas y consulta no presencial

- Definición de un perfil profesional
- Diseño del plan de docencia del ETI
- Creación de documentos de registro de la actividad en la historia clínica digital de cada paciente que precise de un acceso vascular, a través de un documento PDF. Este documento aparece dentro de los cuidados enfermeros en el apartado de acceso vasculares.
- Registro de la actividad en el programa gacela.

Inicio del proyecto el 1 de Enero de 2022. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la actividad del equipo durante ese año. Análisis estadístico:

SSPS versión 25. Tabulación, ordenación y limpieza de la base de datos: Microsoft Excel. Se analizaron las siguientes variables:

- Número y tipo de catéter
- Motivo de inserción
- Servicio peticionario
- Tiempo de duración del catéter (días)
- Motivo de retirada

RESULTADOS

A fecha de 31 de diciembre de 2022 se insertaron 494 catéteres, catéter central de inserción periférica (PICC) un total de 224 y catéter línea media (LM) 270. La mayoría de catéteres tipo LM (82,6%) el principal motivo de inserción fue por mal acceso venoso, mientras que en el catéter PICC fue por necesidad de nutrición parenteral (33%).

Medicina interna es el servicio con mayor número de catéteres en ambos casos, abarcando el 57,2%. Para ambos tipos de catéter, la causa más común de retirada fue el final de tratamiento, suponiendo un 62,8% de todas las retiradas.

El porcentaje de retiradas por sospecha de infección fue del 6,6. La duración media de los catéteres es de 26,25 días con una mediana de 12 días.

La incidencia de trombosis ha sido de 1,4% de todos los dispositivos. El porcentaje de bacteriemia definitiva fue de 0,4%.

DISCUSIÓN

La presencia del EIAV en los hospitales es fundamental porque actúa como un agente de cambio, al producir un impacto positivo en la organización sanitaria. Estos equipos favorecen la transmisión de conocimientos y habilidades, ayudando a disminuir la variabilidad clínica injustificada, lo cual contribuye a la diminución de complicaciones y en definitiva a mejorar la calidad de la atención en los pacientes y su seguridad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Manrique-Rodríguez, S., Heras-Hidalgo, I., Pernia-López, M. S., Herranz-Alonso, A., del Río Pisabarro, M. C., Suárez-Mier, M. B., ... & Sanjurjo-Sáez, M. (2021). Standardization and chemical characterization of intravenous therapy in adult patients: a step further in medication safety. Drugs in R&D, 21, 39-64
2. Helm, R. E., Klausner, J. D., Klemperer, J. D., Flint, L. M., & Huang, E. (2015). Accepted but unacceptable: peripheral IV catheter failure. Journal of Infusion Nursing, 38(3), 189-203.
3. Del Río, C; Corredor, R; Cubero, MA; Lafuente, E; Lasso de la Vega, C. (2020). Excelencia en la creación de Equipos de Infusión y Acceso Vascular.
4. Pittiruti, M., & Scoppettuolo, G. (2017, May). Manual GAVeCeLT sobre catéteres PICC y MIDLINE: Indicaciones, inserción, mantenimiento y gestión. Edra.
5. Chopra, V., Kaatz, S., Conlon, A., Paje, D., Grant, P. J., Rogers, M. A. M., ... & Flanders, S. A. (2017). The Michigan Risk Score to predict peripherally inserted central catheter-associated thrombosis. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 15(10), 1951-1962.
6. Brunelle, D. (2003). Impact of a dedicated infusion therapy team on the reduction of catheter-related nosocomial infections. Journal of Infusion Nursing, 26(6), 362-366.
7. Da Silva, G. A., Priebe, S., & Dias, F. N. (2010). Benefits of establishing an intravenous team and the standardization of peripheral intravenous catheters. Journal of Infusion Nursing, 33(3), 156-160.
8. Harpel, J. (2013). Best practices for vascular resource teams. Journal of Infusion Nursing, 36(1), 46-50.

9. Alexandrou, E., Spencer, T. R., Frost, S. A., Mifflin, N., Davidson, P. M., & Hillman, K. M. (2014). Central venous catheter placement by advanced practice nurses demonstrates low procedural complication and infection rates a report from 13 years of service. Critical care medicine, 42(3), 536-543.
10. Royer, T. (2010). Implementing a better bundle to achieve and sustain a zero central line-associated bloodstream infection rate. Journal of Infusion Nursing, 33(6), 398-406.
11. Society, I. N. (2006). Infusion nursing standards of practice. Journal of infusion nursing: the official publication of the Infusion Nurses Society, 29(1 Suppl), S1-S92.

OTROS ASPECTOS DEL TRABAJO

El presente trabajo está pendiente de aprobación por parte del comité de ética clínica. Los autores del trabajo declaran no tener conflicto de intereses ni haber utilizado inteligencia artificial en el proceso de redacción.

POSTER 6

AUTORES/AUTHORS:

a) Marina Prada-Rizoto, Hospital FREMAP. ORCID: 0009-0002-55742733

b) Rocío del Pilar Cordero-Rodríguez, Centro de Salud Mairena del Aljarafe. Distrito Sevilla Aljarafe. ORCID: 0009-0002-8542-5085

c) Nicia del Rocío Santana-Berlanga, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. ORCID: 0000-0002-7650-3101

d) Elena Fernández-García, Universidad de Sevilla. ORCID: 0000-00027922-2663

e) Alonso Naharro-Álvarez, Centro de Emergencias Sanitarias 061 Sevilla. ORCID: 0000-0002-5840-4097

f) David Sanabria-Delgado, Hospital Universitario Virgen Macarena. ORCID: 0000-0002-2999-2993

g) Maria Dolores Mateos-García, Universidad de Sevilla. ORCID: 00000001-7646-9532

h) Mercedes Bueno Ferrán, Universidad de Sevilla. ORCID: 0000-00020119-165X

i) Sergio Barrientos Trigo, Universidad de Sevilla. ORCID: 0000-00017618-3091

TÍTULO/TITLE:

Factores relacionados con la carga de trabajo de las enfermeras en unidades pediátricas de ámbito hospitalario

Palabras clave

Carga de trabajo; personal de enfermería; hospitales; paciente pediátrico hospitalizado

Objetivos

Revisar la literatura existente sobre los factores relacionados con la carga de trabajo de las enfermeras en unidades pediátricas del ámbito hospitalario.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA en el proceso de búsqueda, selección, y análisis de datos (Moher et al., 2014). Para ello se realizó una pregunta de investigación que fue: ¿Qué factores influyen en la carga de trabajo de las enfermeras en unidades pediátricas de ámbito hospitalario?.

La fuentes utilizadas fueron de tipo primario utilizandose las bases de datos especializadas en Ciencias de la Salud como CINAHL, Pubmed, Scopus, Wos y PsyclINFO. El proceso de esta revisión ha seguido los siguientes pasos: elección del tema, identificación de las fuentes de información, realización de la búsqueda, clasificación de los resultados y análisis de los resultados.

En la estrategia de búsqueda se combinaros descriptores en ciencias de la salud y términos libre con truncamientos como “nursing workload”, “pediatric* patient*” o “hospital” unidos por operadores booleanos AND y OR.

Se establecieron como criterios de inclusión artículos relacionados con la temática, publicados en inglés, español y portugués, en los últimos 5 años. Como criterios de exclusión la imposibilidad de acceder al texto completo y cuya población diana no fueran pacientes o enfermeras pediátricas.)

Selección y evaluación de la calidad: La selección y el análisis de la calidad la realizaron dos investigadores de forma independiente. La calidad metodológica y el riesgo de sesgo de los estudios se analizó con la herramienta QUADAS-2.

Extracción y síntesis: Dos investigadores de manera independiente realizaron la extracción de datos en un formulario excel que incluía información sobre las características del estudio, la población, el instrumento y la calidad metodológica. Además, se ha realizado una síntesis narrativa de los resultados.

Resultados

Se obtuvo un total de 1019 artículos. Realizando la eliminación de los duplicados la búsqueda se redujo a 822 artículos. Tras la lectura de título y resumen de cada artículo se cribaron un total de 44 artículos que, tras analizarlos a texto completo se incluyeron 20 en la revisión.

Los artículos incluidos presentan tamaños muestrales diferentes oscilando entre 31 y 4403 pacientes o entre 26 y 6045 enfermeras. En relación con los tipos de diseño el 50% de los artículos son estudios observacionales de cohortes prospectivos, el 45% descriptivo, transversal y el 5% revisión bibliográfica.

Se realizó una división temática de los artículos en tres grupos: A) Escalas que estudian la carga de trabajo de enfermeras, B) Factores del entorno relacionados con la carga de trabajo y C) Factores del paciente relacionados con la carga de trabajo.

Discusión

Tras el análisis en profundidad de los artículos seleccionados, se evidencia que los factores del entorno como la falta de personal y el ambiente laboral, fueron los predictores más fuertes del aumento de la carga de trabajo de las enfermeras (Maziero et al., 2020).

Según Rasooly et al. (2021) y Lake et al. (2017) las características del hospital, la experiencia profesional y el tipo de unidad son factores que también influyen en la carga de trabajo de las enfermeras. Se destaca también la forma de organizar a los pacientes pediátricos en las unidades de cuidados intensivos, diferenciando entre salas compartidas y habitaciones unifamiliares. La presencia de la familia ha demostrado ser un factor que mejora la carga de trabajo, ya que disminuye considerablemente la carga de trabajo de las enfermeras (Doede, Trinkoff, & Gurses, 2018).

Los factores relacionados con el paciente que aumentan la carga de trabajo de las enfermeras son el nivel de agudeza (Rasooly et al., 2021; Smith, Rogowski, Schoenauer, & Lake, 2018; Tubbs-Cooley et al., 2019), la monitorización continua, el nivel sedación, y otras características como el peso al nacer, la edad gestacional y el número de días de hospitalización (Franco et al., 2021).

Los resultados de esta revisión deben apoyar la toma de decisión en la gestión y la asistencia ya que ponen el foco de atención en los elementos que provocan un aumento de la carga de trabajo de las enfermeras en unidades de pediatría. Conocer estos factores podría permitir la implementación de estrategias preventivas que disminuyan la carga de trabajo así como minimizar el impacto que suponen estas cargas aumentadas.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Doede, M., Trinkoff, A. M., & Gurses, A. P. (2018). Neonatal Intensive Care Unit Layout and Nurses' Work. Health Environments Research and Design Journal, 11(1), 101–118. https://doi.org/10.1177/1937586717713734

Franco, A. P. V., Hamasaki, B. P. de A., de Puiz, L. R., Dorigan, G. H., Dini, A. P., & Carmona, E. V. (2021). Neonatal nursing team workload and its relationship

with patient characteristics. Revista Enfermagem, 29. https://doi.org/10.12957/REUERJ.2021.59486

Lake, E. T., de Cordova, P. B., Barton, S., Singh, S., Agosto, P. D., Ely, B., ... Aiken, L. H. (2017). Missed Nursing Care in Pediatrics. Hospital Pediatrics, 7(7), 378–384. https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0141

Maziero, E. C. S., Teixeira, F. F. R., Cruz, E. D. de A., Matsuda, L. M., & Sarquis, L. M. M. (2020). Nursing staff sizing in pediatric intensive care units: Workload

versus legislation. Cogitare Enfermagem, 25. https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.64058

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Antes, G., Atkins, D., ... Tugwell, P. (2014). Ítems de referencia para publicar Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis: La Declaración PRISMA. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 18(3), 172–181. https://doi.org/10.14306/renhyd.18.3.114

Rasooly, I. R., Kern-Goldberger, A. S., Xiao, R., Ponnala, S., Ruppel, H., Luo, B., ...Bonafide, C. P. (2021). Physiologic Monitor Alarm Burden and Nurses' Subjective Workload in a Children's Hospital. Hospital Pediatrics, 11(7), 703–710. https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-003509

Smith, J. G., Rogowski, J. A., Schoenauer, K. M., & Lake, E. T. (2018). Infants in drug withdrawal: A national description of nurse workload, infant acuity, and parental needs. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 32(1), 72–79. https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000309

Tubbs-Cooley, H. L., Mara, C. A., Carle, A. C., Mark, B. A., & Pickler, R. H. (2019). Association of Nurse Workload with Missed Nursing Care in the Neonatal

Intensive Care Unit. JAMA Pediatrics, 173(1), 44–51. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.3619

POSTER 7

AUTORES/AUTHORS:

Ana Carolina Vásquez García (1), María Noelia García Hernández (2)

(1) Enfermera. Grado Escuela Enfermería Ntra. Sra. DE Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

(2) Enfermera. Doctor Universidad de La Laguna. Especialista Enfermería Pediátrica. Máster Ciencias de la Enfermería. Máster En Bioética. Profesora Escuela Enfermería Ntra. Sra. De Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

TÍTULO/TITLE:

Atención a pacientes pediátricos con lesiones cutáneas en servicios de urgencias. Revisión sistemática.

Palabras clave: Pacientes pediátricos, Triaje, Enfermedades de la piel, Evaluación de síntomas, Cuidados enfermeros, Atención en Urgencias

Introducción:

En los pacientes pediátricos, la piel es más sensible, delgada, frágil y permeable, por lo que requieren de cuidados específicos dirigidos a evitar la aparición y desarrollo de infecciones o enfermedades. Las patologías dermatológicas a nivel mundial representan entre el 6 y el 24% de los motivos de consulta en pediatría. Estas afecciones pueden tener diferentes grados de complicación, siendo necesario que la atención en cuidados, proporcionada por las enfermeras, esté actualizada y protocolizada, para incrementar la calidad de la atención a los usuarios.

Objetivo:

Describir la atención enfermera en los pacientes pediátricos con lesiones cutáneas en servicios de urgencias.

Método:

Revisión sistemática. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, Biblioteca Virtual de Salud, Cochrane, Medline, CINAHL, CUIDEN y MEDES. Los filtros para la búsqueda de los artículos fueron, idiomas inglés y español, texto completo disponible, edad de la población estudiada comprendida entre el nacimiento y los 18 años, la fecha de publicación entre el 2012 y 2022.

La estrategia de búsqueda fue dividida en cuatro fases, debido a que fue necesario localizar información sobre aspectos específicos para lograr los objetivos de la investigación. La primera búsqueda en la literatura, fue dirigida hacia determinar la prevalencia de las enfermedades de la piel en la población pediátrica; la segunda, para identificar los diferentes tipos de enfermedades de la piel y el manejo o cuidados de enfermería que requerían las mismas; en la tercera búsqueda, fueron localizadas las escalas existentes y validadas para la valoración de la piel; y en la última

consulta se dirigió a la localización de artículos que versaran de la realización del triaje en niños con manifestaciones cutáneas.

Se realizó la valoración de calidad de los artículos que superaran los criterios de inclusión mediante las herramientas de lectura crítica Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe).

Resultados:

En total, se identificaron 84 documentos, entre los cuales, se incluyeron libros, revisiones sistemáticas, artículos conceptuales, estudios transversales, descriptivos, observacionales, retrospectivos y prospectivos.

En cuanto a los resultados del análisis de la lectura crítica de los artículos, la revisión sistemática de Thompson, M, et al, obtuvo el máximo resultado de 10 puntos. En el caso de los dos estudios de cohortes, Chiang, D., et al, tuvo una puntuación de 9 en relación con las 11 preguntas, y Cantarutti, A., et al, la máxima puntuación de 11 puntos.

La información se organizó en 7 áreas temáticas:

1. Principales enfermedades cutáneas en niños. Existen gran número de patologías con manifestaciones dermatológicas en la edad pediátrica. La prevalencia de cada una de ellas varía según países, debido a diversos factores: diferencias socioeconómicas, condiciones de higiene, proliferación y transmisión de microorganismos, el clima y las características ambientales de cada zona, que pueden influir en el crecimiento y desarrollo de insectos, animales, bacterias y, la genética de la población, que los harán ser más susceptibles a sufrir ciertas enfermedades. Las enfermedades de tipo eccematosas, como la dermatitis atópica, seborreica, de contacto o del pañal generan el mayor número de visitas a los servicios sanitarios en prácticamente cualquier país del mundo. En España, son el principal motivo de consulta, seguidos de las infecciones víricas, las bacterianas y las zoonosis.
2. Clasificación de las enfermedades en la piel. Los diferentes tipos de lesiones cutáneas representan un signo importante a la hora de determinar una afección. En la mayoría de los casos, diferentes tipos de lesiones pueden estar presentes en un mismo individuo, pudiendo observarse pápulas junto a máculas en patologías como el exantema súbito, o vesículas junto a ampollas como en el herpes simple ya que representan diferentes etapas de la patología o unas pueden dar lugar a las otras. Los datos de los artículos han permitido elaborar un algoritmo para la clasificación de las diferentes manifestaciones clínicas.
3. Valoración de las lesiones cutáneas. Precisan valoración específica que incluya anamnesis y exploración física. Conocer los signos y síntomas que acompañan a esas lesiones en la piel, así como la evolución de estos, ayuda a descartar y/o identificar patologías, y definir el riesgo, tanto para el paciente, como para la salud pública. La morfología de las lesiones, así como el color y el patrón de distribución, en la mayoría de los casos, son determinantes para identificar el problema de salud.

4. Escalas de valoración de la piel. La valoración de la piel o el seguimiento de diferentes afecciones puede complementarse con escalas, índices o cuestionarios. Se localizaron un total de 48 instrumentos de valoración para la evaluación de pacientes pediátricos con procesos que afectan a la piel. De los instrumentos descritos, 4 de ellos corresponden a la evaluación de pacientes con acné; 9 analizan el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes y sus familias; 2 valoran la evolución de las cicatrices, en especial, por quemaduras; 3 determinan el nivel de actividad de la dermatomiositis; 8 evalúan diferentes aspectos de la dermatitis atópica; 1 clasifica el eritema por niveles; 2 miden tanto la actividad como el daño causado por la esclerodermia; 3 examinan distintos ítems sobre los pacientes con hemangiomas; 5 estiman la severidad del prurito; 2 valoran la gravedad e impacto de la psoriasis; 5 determinan el riesgo de úlceras por presión y evalúan el estado de la piel de neonatos y/o niños; y por último, se encontraron 4 instrumentos que facilitan la obtención de información sobre los pacientes que padecen de enfermedades como la xerosis, la dermatitis del pañal, la epidermólisis bullosa y la ictiosis.

5. Triaje de las lesiones cutáneas. Las manifestaciones cutáneas se consideran relevantes para la clasificación recomendada de los niveles de clasificación en el triaje de los servicios de urgencias y, el tratamiento y las intervenciones que requiere. La clasificación asignada puede variar, ya que dependerá de la gravedad de los síntomas acompañantes, así como del dolor o incomodidad presente en ese momento.

6. Cuidados de las lesiones. Los problemas de salud relacionados con las lesiones cutáneas varían en cuanto a las actividades que requieren para ser resueltos; algunos necesitan de una atención multidisciplinar, como en los casos de shock anafiláctico o meningitis, donde los cuidados de la enfermera son fundamentales en la vigilancia y el soporte vital del paciente, pero la prescripción farmacológica del médico es imprescindible. Por otro lado, en afecciones como la dermatitis del pañal, son únicamente necesarios los cuidados de la piel en el área afectada y la educación sanitaria a los cuidadores del niño, pudiendo ser la enfermera, el profesional encargado de realizar y finalizar la asistencia en situaciones clínicas sin compromiso vital.

7. Desarrollo de propuesta de algoritmo de actuación. Se elaboró una propuesta de algoritmo de actuación frente a pacientes pediátricos con lesiones cutáneas empleando la información obtenida de la revisión bibliográfica. La secuencia de atención considera distintos aspectos. En el algoritmo se describe la necesidad de realizar una valoración para determinar si el paciente requiere uno de los tres primeros niveles de atención en el triaje (priorización), dependiendo de los parámetros afectados y los profesional vincualdos a la resolución de la atención clínica. Si no existe sintomatología secundaria y/o si el cuadro clínico tiene varios días de evolución, se podrá establecer menor prioridad. En el algoritmo también se especifican las intervenciones en cuidados inmediatas de las enfermeras según la situación de necesidad de cuidados priorizadas.

Discusión:

Entre los cuidados fundamentales para las enfermedades que manifiestan lesiones cutáneas, se encuentra la valoración del paciente, que se debe realizar mediante una entrevista clínica y una adecuada exploración física, debido a que cada enfermedad muestra unas características específicas, por lo que al identificar la morfología de las lesiones en la piel o la sintomatología acompañante, es posible determinar con facilidad, el tipo de patología, el nivel de urgencia (prioridad) con el que tiene que ser atendido y los cuidados pertinentes para satisfacer las necesidades en salud que presenta en ese momento y los profesionales necesarios para resolver la atención.

La mayoría de los cuidados relacionados con la piel, son intervenciones específicas de la enfermera, que incluyen la valoración completa del paciente, la asignación del nivel de urgencia y las actividades dirigidas a satisfacer las necesidades en salud de la persona. El algoritmo y las tablas de cuidados elaboradas a partir de los resultados obtenidos en la revisión de la literatura son herramientas propuestas tanto para agilizar el flujo de pacientes en los servicios de urgencias, como para garantizar la oferta de cuidados adecuados y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Fernandes, J., Prado, Z., Rivitti, M. (2011). Children and newborn skin care and prevention. An Bras Dermatol [Internet]. [Consultado: 18/03/2022]; 86 (1): 102-10. Disponible en: https://www.scielo.br/j/abd/a/dRrxgvC3nJ7Sqc6dk99jRcy/?format=pdf&lang=en

2. Gonzáles, T., et al. Prevalencia de enfermedades dermatológicas en escolares del Consejo Popular Pesquera. Rev. Arch Med Camagüey [Internet]. 2019 [Consultado: 12/01/2022]; 23 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000100019

3. Ferrufino, J., Caballero, H., Guerra, J. Caracterización epidemiológica y clínica de las cinco dermatosis más frecuentes en consulta externa pediátrica dermatológica. Acta Pedriátrica Hondureña [Internet]. 2016 [Consultado: 12/01/2022]; 6 (2). Disponible en: https://www.lamjol.info/index.php/PEDIATRICA/article/view/3537

4. Escarrer, M., Guerra, M. Dermatitis atópica. Protoc diagn ter pedriatr [Internet]. 2019 [Consultado: 12/01/2022]; 2: 161-75. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_dermatitis_atopica.pdf

5. Rodríguez, M., et al. Enfermería niño y adolescente. Vol II [Internet]. España. DAE (Grupo Paradigma); 2021 [Consultado: 12/01/2022]. Disponible en: https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/1679/554/

6. Santistevan, J., Long, B., Koyfman, A. (2017) Rash decisions: an approach to dangerous rashes based on morphology. The Journal of Emergency Medicine [Internet]. [Consultado: 12/01/2022]; 52 (4): 457-471. Disponible en: https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(16)30907-6/fulltext

7. Durack, A., Gass, J. (2018A). Assessing skin disease in children. Paediatrics and child health [Internet]. [Consultado: 12/01/2022]; 29 (2). Disponible en: https://www-sciencedirect-com.accedys2.bbtk.ull.es/science/article/pii/S1751722218302579

8. Rodríguez, M., et al. Enfermería niño y adolescente. Vol I [Internet]. España: DAE (Grupo Paradigma); 2021 [Consultado: 12/01/2022]. Disponible en: https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/1679/554/

9. Martínez, I., et al. Sistemas de triaje pediátrico en urgencias hospitalarias. Fiabilidad y validez. Agencia de evaluación de tecnologías Sanitarias de Andalucía [Internet]. 2012 [Consultado: 12/01/2022]. Disponible en: https://www.aetsa.org/download/publicaciones/antiguas/AETSA_2011-4_Triage_def.pdf

10. Rino, P., Hualde, G., Echeveste, J. (2020). Triaje hospitalario. La clasificación de la Atención según el nivel de urgencia, en los Servicios de urgencias. Medicina Infantil [Internet]. [Consultado: 12/01/2022]; 27 (2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008

11. Zachariasse, J., et al. (2019). Performance of triage systems in emergency care: a systematic review and meta-analysis. BJM Open [Internet]. [Consultado: 12/01/2022]; 9: e026471. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6549628/

12. García, M., Aguirre, A., Grupo de trabajo SUP. Validación del sistema de valoración enfermera de la urgencia pediátrica en Atención Primaria VEUPAP. Rev ROL Enferm. 2017; 40 (3): 188-197.

13. BOE (2008). Orden CIN/2134/2008, de 19 julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2008 [Consultado: 12/01/2022]; 174: 3168031683. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-12388

14. García, M., et al. Cuidados Enfermeros Finalistas: Identificación en un servicio de urgencias pediátrico de atención primaria. Rev ROL Enferm. 2013; 36 (9): 584.

15. BOE (2010). Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2010

[Consultado: 12/01/2022]; 157:57251-76. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1730

16. Woo, B., et al. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. Human Resources for Health [Internet]. [Consultado: 12/01/2022]; 15: 63. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5594520/

17. Hyde, R., MacVicar, S., Humphrey, T. Advanced practice for children and young people: A systematic review with narrative summary. (2020). J Adv Nurs [Internet]. [Consultado: 12/01/2022]; 76: 135-146. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14243

18. redcaspe.org [Internet]. Alicante: CASPe; 2005 [Actualizado 02/02/2016; consultado: 12/01/2022]. Disponible en: https://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos

19. Berra, S., et al. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. Gac Sanit [Internet]. 2008 [Consultado: 12/01/2022]; 22 (5): 492-497. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci arttext&pid=S0213-91112008000500015&lng=es

20. Silva, J., Torres, M. Diagnóstico diferencial de los exantemas. Pediatr Integral [Internet]. 2014 [Consultado: 20/02/2022]; 18 (1): 22-36. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2014-01/diagnostico-diferencial-de-los-exantemas/

21. Pozo, T. Bases diagnósticas de las enfermedades cutáneas. Pediatr Integral [Internet]. 2012

[Consultado: 20/02/2022]; 16 (3): 252.e1-252.e19. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-04/bases-diagnosticas-de-las-enfermedades-cutaneas/

22. Kelbore, A., et al. Pattern of skin diseases in children attending a dermatology clinic in a referral hospital in Wolaita Sodo, southern Ethiopia. BMC Dermatology [Internet]. 2019 [Consultado:

12/01/2022]; 19 (5). Disponible en: https://bmcdermatol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12895-019-0085-5

23. Yamamah, G., et al. Epidemiologic study of dermatologic disorders among children in South Sinai, Egypt. International Journal of Dermatology [Internet]. 2012 [Consultado: 12/01/2022]; 51: 11801185. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2012.05475.x

23. Ayanlowo, O., et al. Pattern of skin diseases amongst children attending a dermatology clinic in Lagos, Nigeria. Pan African Medical Journal [Internet]. 2018 [Consultado: 12/01/2022]; 29: 162. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6057566/

24. Del Pozzo, B., et al. Common Dermatoses in Children Referred to a Specialized Pediatric Dermatology Service in Mexico: A Comparative Study between Two Decades. ISRN Dermatology

[Internet]. 2012 [Consultado: 12/01/2022]; 1. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3477666/

25. Bertanha, F., et al. Profile of patients admitted to a triage dermatology clinic at a tertiary hospital in São Paulo, Brazil. An. Bras. Dermatol [Internet]. 2016 [Consultado: 12/01/2022]; 91 (3). Disponible en: https://www.scielo.br/j/abd/a/LFDfd8gTYvTJ4xDwCMcqbtr/?lang=en

26. Orozco, M., et al. Prevalence of skin diseases among hospitals in the public healthcare system of a developing country. Int J Dermatol [Internet]. 2018 [Consultado: 12/01/2022]; 58 (5). Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijd.14304

27. Onsoi, W., et al. Common misdiagnoses and prevalence of dermatological disorders at a pediatric tertiary care center. Journal of International Medical Research [Internet]. 2019 [Consultado:

12/01/2022]; 48 (2): 1–11. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0300060519873490

28. Al-Mendalawi, M., Ibrahim, J. Pattern of dermatoses in Iraqi children. EMHJ [Internet]. 2012 [Consultado: 12/01/2022]; 18 (4). Disponible en: http://www.emro.who.int/emhj-volume-18-2012/issue-4/article-10.html

29. Soria, M., et al. Prevalence of skin diseases among hospitals in the public healthcare system of a developing country. International Journal of Dermatology [Internet]. 2019 [Consultado: 12/01/2022]; 58, 563–568. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijd.14304

30. Dursun, P., Ikizoglu, G. Prevalence of Skin Diseases in Children Admitted to Mersin University School of Medicine, Dermatology Clinic. Turkish Journal of Dermatology [Internet]. 2019 [Consultado: 12/01/2022]; 13 (4). Disponible en: https://www.tjdonline.org/article.asp?issn=1307-7635;year=2019;volume=13;issue=4;spage=123;epage=125;aulast=Dursun

31. Kakande, B., et al. Focus on the Top Ten Diagnoses Could Reduce Pediatric Dermatology Referrals. Pediatric Dermatology [Internet]. 2016 [Consultado: 12/01/2022]; 33 (1): 99-102. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pde.12714

32. Collier, E., et al. Evaluation of emergency department utilization for dermatologic conditions in the pediatric population within the United States from 2009-2015. Pediatric Dermatology [Internet].

2021 [Consultado: 12/01/2022]; 38:449–454. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pde.14476

33. Katsarou, A., et al. Skin diseases in Greek and immigrant children in Athens. Int J Dermatol [Internet]. 2012 [Consultado: 12/01/2022]; 51 (2): 173-7. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2011.04948.x

34. Cantarutti, A., et al. Epidemiology of Frequently Occurring Skin Diseases in Italian Children from 2006 to 2012: A Retrospective, Population-Based Study. Pediatr Dermatol [Internet]. 2015 [Consultado: 12/01/2022]; 32 (5): 668-78. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pde.12568

35. Furue, M., et al. Prevalence of dermatological disorders in Japan: A nationwide, cross-sectional, seasonal, multicenter, hospital-based study. J Dermatol [Internet]. 2011 [Consultado: 12/01/2022]; 38 (4): 310-20. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1346-8138.2011.01209.x

37. Pérez, M., et al. Comparative Epidemiologic Study of Skin Diseases in Foreign Children and Children of Spanish Origin in Alicante, Spain. Actas Dermosifiliogr. [Internet]. 2014 [Consultado: 12/01/2022]; 105 (4): 394-400. Disponible en: https://www.actasdermo.org/en-comparative-epidemiologic-study-skin-diseases-articulo-S1578219014000833

36. Menéndez, S., et al. Consultas dermatológicas en Pediatría de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2010 [Consultado: 12/01/2022]; 12 (45): 41-52. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000100005

37. Casanova, J., et al. Dermatosis infantiles en la consulta de Dermatología de un hospital general universitario en España. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2008 [Consultado: 12/01/2022]; 99: 1118. Disponible en: https://www.actasdermo.org/es-dermatosis-infantiles-consulta-dermatologia-un-articulo-S0001731008746325

38. Oranje, A., Waard-van, F. Recent developments in the management of common childhood skin infections. Journal of Infection 2015 71: S76-S79. Disponible en: https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(15)00132-2/fulltext

39. Lawton, S. Identifying common skin infections and infestations. JCN [Internet]. 2015 [Consultado: 12/01/2022]; 29 (1). Disponible en: https://www.jcn.co.uk/journals/issue/02-2015/article/identifying-common-skin-infections-and-infestations

40. Conejo, A., et al. Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. An Pediatr [Internet]. 2016

[Consultado: 12/01/2022]; 84 (2): 121.e1---121.e10. Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-documento-consenso-seip-aepap-sepeap-sobre-etiologia-articulo-S1695403315000399

41. Prieto, L., Torrelo, A. Dermatitis atópica y otras erupciones eczematosas. Pediatr Integral [Internet]. 2016 [Consultado: 12/01/2022]; 20 (4): 216-226. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-05/portada-2016-05/

42. Mortz, C., et al. It looks like childhood eczema but is it?. Clin Exp Allergy [Internet]. 2019 [Consultado: 12/01/2022]; 49 (6): 744–753. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cea.13381

43. De Lucas, R. Acné. Pediatr Integral [Internet]. 2016 [Consultado: 12/01/2022]; 20 (4): 227-233. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-05/portada-2016-05/

44. Azaña, J., Martínez, M. Psoriasis en la infancia y adolescencia. Pediatr Integral [Internet]. 2016 [Consultado: 12/01/2022]; 20 (4): 234-243. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-05/portada-2016-05/

45. García, S., et al. Urgencias: El proceso de clasificación. An Pediatr Contin [Internet]. 2009 [Consultado: 12/01/2022]; 7 (5): 247-59. Disponible en: https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1696281809725764&r=51#:~:text=y%20conceptos-,La%20clasificaci%C3%B3n%20en%20urgencias%20es%20un%20sistema%20de%20trabajo% 20que,a%20la%20consulta%20del%20especialista.

46. Chiang, D., et al. Assessment of ED triage of anaphylaxis patients based on the Emergency Severity Index. Am J Emerg Med [Internet]. 2021 [Consultado: 12/01/2022]; 46: 449-455. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675720309529?via%3Dihub

47. ICTS National Steering Group. National emergency medicine programme irish children's triage system (ICTS) [Internet]. Irlanda; 2016 [Consultado: 12/01/2022]. Disponible en: https://www.hse.ie/eng/services/publications/clinical-strategy-and-programmes/emp-irish-childrens-triage-system.pdf

50. Ierland, Y., et al. Alarming Signs in the Manchester Triage System: A Tool to Identify Febrile Children at Risk of Hospitalization. The Journal of Pediatrics [Internet]. 2013 [Consultado: 12/01/2022]; 162 (4). Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347612011365

48. Gilboy, N., et al. ESI Emergency Severity Index: A Triage Tool for Emergency Department Care [Internet]. Estados Unidos; 2020 [Consultado: 12/01/2022]. Disponible en: https://www.ena.org/docs/default-source/education-document-library/triage/esi-implementation-handbook-2020.pdf?sfvrsn=fdc327df_4

49. Barnetson, L., et al. Petechial rash in children: a clinical dilemma. Emergency Nurse [Internet]. 2016 [Consultado: 12/01/2022]; 24 (2). Disponible en: http://journals.rcni.com/emergency-nurse/petechial-rash-in-children-a-clinical-dilemma-en.24.2.27.s25

50. Thompson, M., et al. Systematic review and validation of prediction rules for identifying children with serious infections in emergency departments and urgent-access primary care. Health Technology Assessment [Internet]. 2012 [Consultado: 12/01/2022]; 16 (15) Disponible en: https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta16150/#/abstract

51. Cialzeta, D. Triage: cómo categorizar mejor a los pacientes en un departamento de urgencias pediátrico. Rev Hosp Niños Baires [Internet]. 2013 [Consultado: 12/01/2022]; 55 (250). Disponible en: http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2014/01/253-261.Actualizaci%C3%B3n.pdf

52. Avilés, K., et al. Triaje: instrumentos de priorización de las urgencias pediátricas. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2016 [Consultado: 12/01/2022]; 37: 4-16. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64840

53. Elsevier B.V. NNNConsult [Internet] 2022 [Consultado: 12/01/2022]. Disponible en: https://www-nnnconsult-com.accedys2.bbtk.ull.es/

54. Herdman, T. Heather., Kamitsuru, Shigemi, and NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones Y Clasificación 2018-2020: NANDA International. 1ª ed. Barcelona: Elsevier, 2019.

55. Morhead, Sue. Clasificación De Resultados De Enfermería (NOC): Medición De Resultados En Salud. 6ª ed. Ámsterdam [etc.]: Elsevier, 2019.

56. Bulechek, Gloria M. Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier, 2019.

Las autoras declaran:

- No precisar de aprobación del Comité de ética clínica correspondiente.
- No precisar solicitud de consentimiento informado de los participantes.
- 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.

POSTER 9

AUTORES/AUTHORS:

Luis González de Paz, Esther Blat Guimerà, Antoni Sisó Almirall, Laura Valdesoiro Navarrete, Joan Bartra, Silvia Roura Rovira

TÍTILO/TITLE:

Impacto del asma en la calidad de vida, salud mental y uso de servicios sanitarios en la población infantil española

Objetivos: El asma es una enfermedad que afecta a la vida diaria de los niños, desde la calidad de vida al rendimiento escolar. Los padres de niños con asma padecen sobrecarga que causa absentismo laboral asociada a los ingresos hospitalarios, visitas a servicios de urgencias, y las consultas de seguimiento. Sin embargo, los estudios del asma a menudo carecen de representación de la población pediátrica, y el impacto de esta enfermedad no se ha estudiado comparando la situación con población pediátrica de las mismas características sin asma. En este estudio se determinó el impacto del asma en la calidad de vida relacionada con la salud, las actividades y la utilización de asistencia sanitaria.

Métodos: Los datos proceden de una encuesta representativa de población infantil española <14 años (N=6.297). Para medir el impacto del asma se calculó la fracción atribuible poblacional (FAP). Se examinaron la calidad de vida relacionada con la salud con el cuestionario Kidscreen-10, la salud mental con el cuestionario Strengths and Difficulties Questionnaire, la salud percibida por los padres, las limitaciones de la vida diaria, incluyendo días en cama, y la utilización de los servicios sanitarios en los últimos 12 meses. La fuerza de la asociación se calculó con modelos de regresión logística. Los resultados se reportan con la fracción atribuible poblacional, Odds Ratios (OR) y valores p.

Resultados: La prevalencia poblacional del asma fue del 5,7% (IC del 95%: 5,0%, 6,4%). En los niños con percentiles inferiores de calidad de vida relacionada con la salud el 32,3% (IC 95%: 13,6%, 47%) se atribuyó al asma y el 27,2% (OR: 1,48; p-valor:<0,016) del riesgo de problemas de salud mental. El 44% de las restricciones en la actividad habitual de los niños se atribuyeron al asma (OR: 1,99; p-valor:<0,001). En el apartado de utilización de servicios de salud el 62% de todos los ingresos hospitalarios son atribuibles a al asma (OR: 2,78, p-valor:<0,001), y el 31% (OR: 2,12, p-valor:<0,001) de todas las consultas a especialistas a la alergia.

Discusión: El estudio ofrece una visión realista del peor estado de salud percibido, la mala calidad de vida, la salud mental, el uso significativamente mayor de los servicios sanitarios y las restricciones en las actividades de la vida diaria de los niños y las niñas con asma.

Tradicionalmente, la investigación se ha centrado principalmente en la gravedad de estas afecciones en relación con la calidad de vida y no se ha examinado la gravedad en comparación con la población sana. Sin embargo, estudiar las diferencias entre la población pediátrica con asma y la población sin es necesario para evaluar el impacto de las

enfermedades en la vida de los niños, evaluar la carga de morbilidad y facilitar la toma de decisiones informadas en materia de salud pública. Los resultados muestran la necesidad de intervenciones comunitarias sobre el asma (por ejemplo, la formación de profesores y monitores). La complejidad del asma requiere una continuidad asistencial en todos los entornos sanitarios y sociales para centrar las necesidades de atención de los niños, que podría mejorar con un enfoque asistencial integrado centrado en las necesidades del niño y de las familias. En España, las enfermeras de atención primaria podrían llevar a cabo un rol de mayor en la comunicación entre la comunidad y el hospital para mejorar estas cuestiones. Este enfoque sanitario más integrado respondería mejor a las las necesidades de los niños y las familias que padecen las consecuencias del asma.

Referencias.

1 Lundholm, C., Brew, B. K., D'Onofrio, B. M., Osvald, E. C., Larsson, H., & Almqvist, C. (2020). Asthma and subsequent school performance at age 15–16 years: A Swedish population-based sibling control study. Scientific Reports, 10(1). https://doi.org/10.1038/s41598-020-64633-w

2 Carvajal-Urueña, I., Garcia-Marcos, L., Busquets-Monge, R. M., Morales, M., Garcia, N., J. Batlles-Garrido, Blanco-Quirós, A., A. López-Silvarrey, García-Hernández, G., Guillén-Grima, F., González-Díaz, C., & J. Bellido-Blasco. (2005). Geographic Variation in the Prevalence of Asthma Symptoms in Spanish Children and Adolescents. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase 3, Spain. 41(12), 659–666. https://doi.org/10.1016/s1579-2129(06)60333-9

3 Rehman, N., Morais-Almeida, M., & Wu, A. C. (2020). Asthma Across Childhood: Improving Adherence to Asthma Management from Early Childhood to Adolescence. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, 8(6), 1802-1807.e1. https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.02.011

4 Praena Crespo, M., & Cortés Rico, O. (2020). Pediatría de atención primaria centrada en el paciente. ¿Se necesita un cambio de paradigma? Anales de Pediatría, 93(3), 149–151. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.06.001

Prevalencia y factores relacionados del ictus en un área rural

Itsaso Elizalde Beiras (1,3); María José González García (2,3); Ana Carmen Sanz Aznárez (2,3)

1. Área de Estella. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
2. Hospital Universitario de Navarra. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
3. BPSO. Centros comprometidos con la excelencia en cuidados.

ictus isquémico; ictus hemorrágico; prevalencia; factores de riesgo; adulto

Objetivos

Describir la prevalencia y los factores relacionados con el ictus en un área rural.

Conocer cómo influye el factor tiempo-dependiente en el área rural.

Describir la incidencia de los factores relacionados con el ictus.

Métodos

Se revisó mediante registro de HCI de los nuevos diagnósticos de ictus en una zona básica rural de atención Primaria. Se realizó una explotación de los diagnósticos de ictus entre 2016-2022 desde Atención Primaria.

Se revisaron todos los posibles diagnósticos y se eliminaron los falsos positivos extrayendo 34 pacientes con diagnóstico ictus. Se analizaron variables como sexo, edad, tiempo desde inicio de los síntomas, hipertensión arterial, hiperlipidemia, fibrilación auricular, diabetes mellitus y obesidad.

Resultados

62% de los pacientes con diagnóstico ictus eran hombres de entre 70-80 años. El 82% fueron diagnosticados de ictus isquémico, el 12% hemorrágico y el 4% accidente isquémico transitorio.

El 71% de los pacientes habían sido diagnosticados previamente de hipertensión arterial. El 41% de hiperlipidemia, el 12% de diabetes mellitus y el 17% de fibrilación auricular. La mayor parte de los pacientes fueron diagnosticados a posteriori de alguno de estos factores de riesgo. La obesidad sólo fue diagnosticada en el 12% de los pacientes.

En cuanto al tiempo de atención en el 56% de los pacientes habían pasado más de tres horas desde el inicio de los síntomas.

Discusión

La atención al código ictus en zonas rurales sigue siendo un desafío y un reto para los equipos de atención primaria. La activación del código ictus ha supuesto un antes y un después disminuyendo el tiempo de atención. Se debe seguir formando a los equipos de atención primaria y a los pacientes en el reconocimiento precoz de los síntomas y el proceder de la activación del código ictus.

Muchos de los factores de riesgo de los eventos cardiovasculares son modificables. En este aspecto la enfermera juega un papel fundamental en la prevención primaria y secundaria. El adecuado registro de datos del paciente, las consultas de seguimiento de crónicos y los talleres de educación para la salud pueden ayudar a controlar los factores de riesgo y a educar a la población en importancia la atención temprana.

El registro y la atención enfermera siguen siendo un reto para el manejo de los pacientes con riesgo cardiovascular.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Kleindorfer, D., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., Kamel, H., Kernan, W. N., Kittner, S. J., Leira, E. C., Lennon, O., Meschia, J. F., Nguyen, T. N., Pollak, P., Santangeli, P., Sharrief, A., Smith,

S. C., Turan, T. N., & Williams, L. S. (2021). 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients with stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline from the American Heart

Association/American Stroke Association. *Stroke*, *52*(7). https://doi.org/10.1161/str.0000000000000375

Servicio Navarro de salud. Navarra. Gobierno de Navarra. 2019. 13 de septiembre de

2023. https://www.navarra.es/es/noticias/2019/10/28/el-ictus-es-la-primera-causa-de-mortalidad-en-mujeres-y-la-segunda-en-hombres-en-navarra

Soto, Á et al. Prevalencia e incidencia de ictus en Europa: revisión sistemática y metaanálisis. Anales Sis San Navarra [online]. 2022, vol.45, n.1, e0979. E

Stroke awareness, recognition, and response. (s. f.). Canadian Stroke Best Practices. https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/acute-stroke-management/stroke-awareness-recognition-and-response

Para realizar el trabajo de pidió permiso a la dirección del área.

Las autoras no tienen conflicto de intereses.

POSTER 10

AUTORES/AUTHORS:

Alejandra Méndez González, María Noelia García Hernández.

(3) Enfermera. Grado Escuela Enfermería Ntra. Sra. DE Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

(4) Enfermera. Doctor Universidad de La Laguna. Especialista Enfermería Pediátrica. Máster Ciencias de la Enfermería. Máster En Bioética. Profesora Escuela Enfermería Ntra. Sra. De Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

TÍTULO/TITLE:

INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Palabras clave: pediatría, herramientas, cuestionarios, validación, valoración de enfermería, patrones funcionales de salud.

Objetivo. Identificar instrumentos validados para la valoración enfermera de pacientes pediátricos y clasificarlos según la estructura de los Patrones Funcionales de Salud.

Método. Se realizó una revisión de la literatura utilizando las bases de datos de PubMed, Biblioteca Virtual de Salud, LILACS, Cochrane, CINHAL, SciELO, IBECS, CUIDEN, MEDES y Elsevier. Además, se utilizaron otros recursos como buscadores generales, manuales específicos y búsquedas referenciales. Se diseñó una estrategia de búsqueda específica y se establecieron criterios de inclusión y exclusión. Se realizó el proceso de lectura crítica utilizando las herramientas elaboradas por el Instituto Joanna Briggs (JBI) y se determinó nivel de evidencia y grado de recomendación de los documentos incluidos utilizando dos clasificaciones: la adaptación del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), y la clasificación del Scottish Intercollagiate Guidelines Network (SIGN). El proceso de selección se describió utilizando el diagrama PRISMA. Se presentaron los resultados clasificados según los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. Se realizó una propuesta de análisis para evaluar las validaciones de los instrumentos seleccionados.

Resultados. Se incluyeron un total de 48 documentos, de los cuales 25 eran estudios de validación, 9 artículos conceptuales, 6 estudios transversales analíticos, 4 revisiones sistemáticas y 4 manuales específicos. Todos los estudios que pasaron el proceso de lectura crítica fueron incluidos en la revisión. En cuanto al nivel de evidencia y el grado de recomendación se obtuvieron 18 estudios con un grado de recomendación ≥ B. Se incorporaron 62 instrumentos de valoración específicos para edades pediátricas. Los temas y parámetros de medición identificados fueron: calidad de vida, desarrollo, nutrición, quemaduras, deterioro de la integridad cutánea, hidratación, disfunción vesical, actividad física, dificultad respiratoria, control del asma, sueño, dolor, nivel de conciencia, problemas cognitivos, satisfacción con la vida,

depresión infantil, estrategias de afrontamiento, autoconcepto, problemas psicosociales, resiliencia familiar, habilidades y dificultades, transición de hospital al hogar y expectativas de futuro. Los autores no siempre incorporaron en los estudios los resultados sobre la validación de los cuestionarios. Solo 3 estudios cumplieron con los requisitos de evaluación de la validez de la herramienta propuesta.

Discusión. La estrategia de identificación de los artículos fue secuencial, se establecieron dos periodos para la consecución de los objetivos. En 8 patrones funcionales de salud se identificaron mínimo 2 cuestionarios generales para la valoración pediátrica. En 6 patrones funcionales de salud se identificó mínimo 1 cuestionario de carácter específico para la valoración de pacientes pediátricos con patología. Los temas de los que más cuestionarios se dispuso fueron los relacionados con la calidad de vida y los aspectos de manejo de la salud, la alimentación, el ejercicio y la actividad física, los relacionados con el dolor, los de autopercepción y, los relacionados con la adaptación y el afrontamiento. De forma contraria, se identificó una cantidad menor de cuestionarios específicos en las áreas de eliminación (intestinal) y sueño y, una limitación general en los temas de relaciones sociales, sexualidad y creencias. El análisis individual de los parámetros de validez de los instrumentos ofreció buenos resultados.

La mayoría de los instrumentos tenían aplicación tanto en el ámbito de Atención Primaria como en Atención Especializada por la posibilidad de profundización en la valoración independientemente del contexto clínico. Respecto al idioma, la mayoría de los cuestionarios tenían disponibilidad en español, no obstante, se documentaron aquellos que tenían disponibilidad en inglés, con el objetivo de futuras posibilidades de realizar una adaptación al castellano. El rango de edad con mayor número de cuestionarios identificados fue la adolescencia, diversas herramientas elaboradas inicialmente para adultos se han adaptado a esta edad. La cumplimentación varió en función del patrón funcional, siendo mayoritaria la auto cumplimentación (pacientes y/o cuidadores), especialmente en los patrones 7 y 11. La cumplimentación por parte del profesional fue mayor en los patrones 2 y 6. La presencia de una mayoría de cuestionarios de autocumplimentación podría plantear como objetivo a futuro la identificación de las propiedades de medición de los cuestionarios utilizando las listas de verificación COSMIN para las herramientas con resultados informados por los pacientes (PROM).

La organización de los instrumentos por patrones funcionales de salud tiene diversas implicaciones en la práctica clínica, suponiendo por un lado, una forma de identificar los instrumentos con mayor facilidad y por otro, un método para profundizar y mejorar la valoración de enfermería en sí misma. Este estudio no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Rodríguez López MA, et al. Enfermería del niño y el adolescente I [Internet]. España: Acebes Seisdedos E; 2021 [revisado el 8 de enero de 2022; consultado el 8 de enero de 2022]. Disponible en: https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/1678/2/

2. Martí Martí L, et al. Validation and Cross-Cultural Adaptation to Spanish of the parental supervision attributes profile questionnaire: A method for measuring parental supervision. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2019

[Consultado el 19 de enero de 2022]; 93: e1-11. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272019000100047&script=sci abstract&tlng=en

3. Lanzarote Fernández MD, et al. Spanish Version of the Family Health Behavior Scale: Adaptation and Validation. Int J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2019 consulado el 19 de enero de 2022]; 16(810). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30845645/

4. Fang X, et al. Feasibility and validity of the Health Status Classification System-Preschool (HSCS-PS) in large community sample: The Generation R study. BMJ Open [Internet]. 2018 [consultado el 19 de enero de 2022]; 8: e022449. Disponible: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30567820/

5. Junta de Castilla y León. PedsQL Cuestionario de calidad de vida pediátrica [Internet] España: Junta de Castilla y León; 2022 [consultado el 19 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/en/centinelas/programa-general-registro-2022/manifestaciones-alergicas-agudas-calidad-vida-edad-pediatri.files/2064557-

FMA CVPadres.pdf

6. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Supervisión del desarrollo psicomotor y afectivo. Trastornos asociados [Internet]. España: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; 2009 [consultado el 20 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/psicomotor.pdf

7. Linakis JG, et al. Reliability and Validity of the Newton Screen for Alcohol and Cannabis Misuse in a Pediatric Emergency Department Sample. HSS Public Access [Internet. 2020 [consultado el

20 de enero de 2022]; 210: p154-160. Disponible en https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30967250/#:~:text=Results%3A%20The%20sensitivity%20of%20the,93.5%25%20for%20cannabis%20use%20disorder.

Las autoras declaran:

No precisar de aprobación del Comité de ética clínica correspondiente.

No precisar solicitud de consentimiento informado de los participantes.

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.

POSTER 11

AUTORES/AUTHORS:

Raquel Ayuso Margañon[1,2]; Marta Rojano Navarro[3,1]; Sonia Ayuso Margañon[4,5]; Núria Bou Gràcia[6]; Maria Creta Llistosella Piñero[7,8]; Maria Gil Poisa[1,2]; Amàlia Sillero Sillero[1,2]

1. Mar Nursing School (ESIMar), Parc de Salut Mar, University Pompeu Fabra Affiliated, 08003 Barcelona, Spain
2. Social Determinants and Health Education Research Group (SDHEd), Hospital del Mar Medical Research Institute (IMIM), 08003 Barcelona, Spain
3. Department of School Nursing, Jesuits Education Foundation, Barcelona, Spain
4. Primary Health Care, Florida Nord, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain
5. Department of Public Health Nursing, Mental Health and Perinatal Nursing. Faculty of Medicine and Health Sciences, 08907 Barcelona, Spain
6. School Nurse. Sant Gervasi Jesuit School, 08006 Barcelona
7. Primary Health Care, Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona, Spain
8. Department of Nursing, International University of Catalonia, Barcelona, Spain

ORCID:

Raquel Ayuso Margañon: https://orcid.org/0000-0002-1824-6864

Marta Rojano Navarro: N/A

Sonia Ayuso Margañon: https://orcid.org/0000-0002-0105-6300

Núria Bou Gràcia: N/A

Maria Creta Llistosella Piñero: https://orcid.org/0000-0003-0689-9005

Maria Gil Poisa: https://orcid.org/0000-0001-6771-0419

Amàlia Sillero Sillero: https://orcid.org/0000-0001-6158-161X

TÍTULO/TITLE:

Telesalud y enfermería en el entorno escolar

Palabras clave. enfermería escolar; telesalud; práctica de enfermería; salud escolar; revisión de alcance

Objetivos. El objetivo de esta revisión es comprender el alcance de las intervenciones de telesalud en la práctica de la enfermería escolar en la literatura durante los últimos 10 años.

Métodos. Se llevó a cabo una revisión de alcance guiada por el Manual del revisor del Instituto Joanna Briggs (Peters et al., 2015). La búsqueda se realizó en los últimos 10 años, de 2013 a marzo 2023 en las bases de datos PubMed, CINHAL y Web of Science, atendiendo a criterios de elegibilidad específicos. No se desestimó la literatura gris. Los datos extraídos incluyeron artículos originales de investigación cuyo contenido fuera coherente con la práctica de

telesalud en los servicios de salud escolar y el rol de enfermería. El proceso de selección se llevó a cabo utilizando el diagrama de flujo PRISMA-ScR para revisiones de alcance (Page et al., 2021). En el análisis se utilizó la lectura crítica y la estadística descriptiva para examinar los datos sintetizados.

Resultados. Se incluyeron 518 artículos en total publicados en 21 revistas diferentes, de los cuales 34 fueron seleccionados para el análisis de texto completo más 1 artículo extraído de la literatura gris. Los resultados se agruparon en 3 categorías respondiendo a las preguntas de investigación [a] Propósito de la telesalud y estrategias de intervención; [b] Rol de enfermería en la práctica de telesalud en la escuela, [c] Beneficios y limitaciones detectadas de la telesalud en la escuela. Las intervenciones de telesalud están relacionadas con la promoción de hábitos de vida saludable y gestión de salud mental, así como el diagnóstico precoz y control de otros problemas de salud. La enfermera gestiona, supervisa, comunica, educa y hace seguimiento a pacientes escolares a distancia. Entre las estrategias destaca la teleconsulta y la telemonitorización a través de dispositivos portables para la mejora en la adherencia al tratamiento y prevención de complicaciones, sobre todo, a través del dispositivo móvil o mHealth utilizando la mensajería SMS y APPs.

Discusión. La telesalud en el ámbito escolar tiene ventajas como la mejora en salud y ahorro económico (Fox et al., 2022). Otorgan mayor manejo en las enfermedades crónicas (MacGeorge et al., 2022; Shdaifat et al., 2022) y se reportan menos síntomas en el control de problemas de salud (Ghosh et al., 2020). La mHealth puede ser una herramienta atractiva para los niños y adolescentes, ya que les permite acceder a información y servicios de salud de manera fácil y rápida (Mens et al., 2022). No obstante, en la telesalud también se reportan limitaciones que incluyen alfabetización digital, acceso limitado a dispositivos móviles y coste de implementación (Doraiswamy et al., 2020). El rol de la enfermera en telesalud es importante para brindar cuidados de salud a distancia y mejorar la eficiencia y el acceso del paciente escolar a la sanidad (MacGeorge et al., 2022). Las enfermeras facilitan la educación y el seguimiento por parte de otros servicios de atención a escolares con necesidades especiales de salud a través de la telesalud (Mataxen & Webb, 2019).

Conclusión. A través de esta revisión se concluye que la telesalud en la escuela es una herramienta valiosa que puede mejorar la atención de salud en el contexto escolar y las enfermeras pueden desempeñar un papel importante en su implementación, sobre todo en el ámbito de la promoción de la salud y prevención y control de problemas de salud. Sin embargo, se necesita más evidencia sobre el rol de enfermería en intervenciones de telesalud en la escuela y se necesita promover su liderazgo involucrando a todas las partes para garantizar el éxito. A través de esta revisión se ha evidenciado que la teleconsulta, telediagnóstico, telemonitorización y teleeducación son estrategias de telesalud que tienen potencial y beneficios para la salud escolar, pero es necesario seguir investigando en torno a estos y otros desafíos y oportunidades para la práctica de enfermería escolar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Doraiswamy, S., Abraham, A., Mamtani, R., & Cheema, S. (2020). Use of Telehealth During the COVID-19 Pandemic: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(12), e24087. https://doi.org/10.2196/24087

Fox, K., Burgess, A., Williamson, M. E., Massey, J., Shaler, G., Pearson, K., MacKenzie, J., Merchant, K., Zhu, X., & Ward, M. (2022). Implementation of Telehealth Services in

Rural Schools: A Qualitative Assessment. *Journal of School Health*, *92*(1), 71 78. https://doi.org/10.1111/josh.13104

Ghosh, R., Dubey, M. J., Chatterjee, S., & Dubey, S. (2020). Impact of COVID -19 on children: special focus on the psychosocial aspect. *Minerva Pediatrica*, *72*(3). https://doi.org/10.23736/S0026-4946.20.05887-9

MacGeorge, C. A., King, K., Andrews, A. L., Sterba, K., Johnson, E., Brinton, D. L., Teufel, R. J., Kruis, R., & Ford, D. (2022). School nurse perception of asthma care in school-based telehealth. *Journal of Asthma*, *59*(6), 1248 1255. https://doi.org/10.1080/02770903.2021.1904978

Mataxen, P. A., & Webb, L. D. (2019). Telehealth nursing. *Nursing*, *49*(4), 11 13. https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000553272.16933.4b

Mens, M. M. J., Keijsers, L., Dietvorst, E., Koval, S., Legerstee, J. S., & Hillegers, M. H. J. (2022). Promoting Daily Well-being in Adolescents using mHealth. *Journal of Youth*

and Adolescence, *51*(11), 2173 2189. https://doi.org/10.1007/s10964-022-01656-8

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., McDonald, S., Mayo-Wilson, E.,

Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. International Journal of Evidence-Based Healthcare, 13(3), 141 146. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050

Shdaifat, M. B. M., Khasawneh, R. A., & Alefan, Q. (2022). Clinical and economic impact of telemedicine in the management of pediatric asthma in Jordan: a pharmacist-led intervention. *Journal of Asthma*, *59*(7), 1452 1462. https://doi.org/10.1080/02770903.2021.1924774

Otros aspectos del trabajo.

- No requiere de la aprobación del Comité de ética clínica ni de consentimiento informado de los participantes.
- Conflicto de intereses. Ninguno
- Los autores no han utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

POSTER 12

AUTORES/AUTHORS:

Ana Cristina Fernando Pablo, Irene Britapaja Andrés, Vanesa Souto Muras, Paula Hernández Vecino, Cristina Nieto Arija, Sergio Romero González, María Salvador Salvador, Alberto Ganado Alejandro, Paloma Ramos Nogueiras.

Complejo Asistencial de Zamora. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora.

TÍTULO/TITLE:

Evaluación de la satisfacción del proyecto “Mami Tour”

Palabras clave: Humanización, Parto, Nacimiento, Embarazadas.

Objetivos: Conocer los niveles de satisfacción de las embarazadas con el proyecto “Mami tour” (MmT). Examinar si la estrategia de humanización utilizada es efectiva. Comprender las necesidades de las embarazadas en la experiencia del parto. Identificar propuestas de mejora.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de marzo a mayo de 2023, mediante la realización de una encuesta anónima de satisfacción elaborada ad hoc facilitando un código QR. Recogida de datos a través de un formulario Forms® con 7 preguntas escala tipo Likert y 8 abiertas. Realizada tras una visita guiada semanal, por las matronas y las ginecólogas del servicio, al área materno-infantil en el último trimestre de gestación, acompañadas por su matrona de Atención Primaria. Se dan a conocer las instalaciones, funcionamiento y se resuelven dudas a las gestantes y a sus acompañantes. Proyecto enmarcado en el Plan Persona para humanizar la asistencia al parto, que se familiaricen con el proceso de parto y así disminuir la ansiedad ante lo desconocido. Análisis estadístico descriptivo de medidas de tendencia central.

Resultados: En tres meses se han realizado 12 MmT. Se han obtenido 49 respuestas. La distribución por centros salud; 73.5% son de Zamora capital; Parada del Molino 24,5%, Puerta Nueva 16,3%, Santa Elena 12,2%, Virgen de la Concha 20,4%. El 26’5% pertenecen a centros del resto de la provincia; Benavente 8.2%, Zamora Norte 6.1%, Zamora Sur 4.1% y en el resto 2% (Tábara, Vidriales, Mombuey y Tera).

La edad gestacional en el momento de la visita, media; 33.4 [26-41] ±3.3 semanas. Número de

embarazos; media 1.2 [0-7] ±1. Número de Hijos; media 0.3 [0-3] ±0.6.

Grado en el que creen que el MmT le ha ayudado a mejorar su actitud hacia el parto y el

puerperio inmediato (escala de 1 a 10): media 9.2 [5-10] ±1.3.

Grado en el que creen que van a poder aplicar lo tratado en el momento del parto; media 8.8

[4-10] ±1.6.

Grado en que se valora la presencia de acompañantes en el MmT; media 9.2 [2-10] ±1.9.

El horario en el que se ha llevado a cabo parece adecuado; media 8.8 [1-10] ±2.

La duración de la actividad le parece adecuada; media 9.5 [6-10] ±0.9.

El grado de satisfacción global respecto al MmT; media 9.9 [7-10] ±0.8.

El grado que recomendarían el MmT a otras embarazadas y acompañantes; media 9.7 [7-10] ±0.7.

Lo que más le ha gustado del MmT; Conocer espacios, instalaciones, proceso 31%, el trato del personal, profesionales 22%, las explicaciones, la información 20%, no contesta 10%, resolver dudas 8% y todo 8%.

Lo que menos le ha gustado; No contesta 43%, Nada, todo bien 39%, Calor 8% , Horario 2% , Demasiada gente 2% , Faltó presencia embarazadas 2% , No piel con piel en cesárea 2%, Estar de pie 2%.

Se añadiría o eliminaría; Nada, todo bien 49%, No contesta 47%, Solo ir madres 2% y tener un buzón de sugerencias 2%.

Discusión: Los altos niveles de satisfacción apoyan continuar realizando el MmT con el diseño realizado. Los acompañantes resultan un factor favorecedor.

Como propuestas de mejora: analizar las alternativas para aumentar la asistencia de las embarazadas de las zonas básicas de salud alejadas del paritorio, como simultanearlo al día de otras consultas o pruebas diagnósticas programadas; estudiar la utilidad del MmT tras el parto.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Plan Persona. Centrando la asistencia sanitaria en ti. [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad; 2021.

   [Citado 01 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-persona.ficheros/2007708-Plan%20Persona.pdf

2. Cortés Sancho R, Echevarría Zamanillo MM, Velasco Velado MC. Coordinadores. Proceso asistencial integrado de atención al parto normal y el puerperio [Internet]. Valladolid: Gerencia Regional de Salud; 2019 [Citado 01 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/atencion-parto-normal-puerperio.ficheros/1263864-PAI%20parto%20normal%20y%20puerperio.pdf

3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01. Disponible en:

   https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPa rtoCompleta.pdf

4. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC 533 Embarazo AETSA compl.pdf

Consideraciones éticas y legales:

- Los autores no tienen conflicto de intereses.
- No es preciso la aprobación del Comité de ética clínica correspondiente. La participación ha sido voluntaria con consentimiento de las participantes al iniciar la encuesta.
- Los autores no han utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y ni tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

POSTER 14

AUTORES/AUTHORS:

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão (1), Ernestina Maria Batoca Silva (2), Daniel Marques da Silva (3)

(1) Professora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA:E), Coimbra, Portugal, ORCID: 0000-0002-2496-2162

(2) Professora, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, (UICISA:E), Viseu, Portugal, ORCID: 0000-0002-4401-6296

(3) Professor, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, (UICISA:E), Viseu, Portugal, ORCID: 0000-0003-4311-6014

*Autora correspondente. E-mail: ernestinabatoca@gmail.com

TÍTULO/TITLE:

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

RESUMEN

Objetivo

Analizar en la producción científica el papel del enfermero en la promoción de la lactancia materna.

Métodos

Los criterios de inclusión fueron: artículos que aborden el papel de las enfermeras en la promoción de la lactancia materna, clasificados como originales de carácter primario, en portugués, inglés o español, de libre acceso, disponibles en su totalidad y publicados entre 2019 y 2023. Los criterios de exclusión fueron: estudios publicados en literatura gris y artículos de revisión.

Se realizaron en mayo de 2023 una búsqueda en las bases de datos de Psicología y Comportamiento Ciencias Colección, MEDLINE Complete, CINAHL Complete, MedicLatina, Academic Búsqueda Completa y Educación Recursos Centro de Información (ERIC), en título o resumen, utilizando los descriptores MeSH “Rol de la enfermera”, “Lactancia materna”, “Promoción” y el operador booleano AND.

La revisión integradora se llevó a cabo utilizando PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018) en seis etapas: selección del tema y pregunta orientadora; establecimiento de criterios de inclusión y exclusión; muestreo (selección de artículos); categorización de artículos seleccionados; análisis e interpretación de datos; y síntesis del conocimiento.

Para evaluar la elegibilidad de los artículos, dos revisores revisaron de forma independiente.

Obtuvimos 115 artículos, y luego de la identificación y exclusión, mediante lectura de título y duplicados (91) y resumen (13), se enviaron para evaluación 11 artículos con texto completo. En esta fase, 3 fueron excluidos, por ser revisiones, y uno (1) por no responder al objetivo. Así, siete artículos fueron incluidos para la extracción de datos.

En cuanto a los métodos de extracción y síntesis de datos, se extrajo lo siguiente: autor y año, país, objetivos del estudio, tipo de estudio, participantes y resultados. Los resultados fueron agrupados en una tabla y acompañados de una síntesis narrativa para lograr el objetivo de la revisión.

Resultados

De los 115 artículos inicialmente evaluados, siete integraron la síntesis descriptiva. Hubo diversidad en cuanto al país de publicación. Los participantes aprecian el papel de las enfermeras en la promoción de la lactancia materna desde el período prenatal, extendiéndose a la visita puerperal y con mayor insistencia después del parto. Las mujeres valoran las acciones educativas como momentos importantes para discutir dudas, mitos y miedos. Destacan el apoyo empático y el enfoque de empoderamiento sobre la capacidad de amamantar proporcionado por las enfermeras. Los aspectos negativos incluyen el discurso moral, el actuar como inspectores y no como consultores, el desconocimiento de las necesidades psicológicas y emocionales, el control sobre sus cuerpos y las decisiones sobre la lactancia.

Discusión

Se destaca la importancia de promover la lactancia materna desde el embarazo y las primeras etapas de la lactancia, pero también la necesidad de apoyo a largo plazo dados los desafíos posteriores. Sugerimos ideas para la reflexión en torno a la necesidad de una comunicación empática, a partir de un modelo centrado en la persona y sus necesidades, respetando la autonomía y la toma de decisiones sobre la lactancia.

Palavras chave: Lactancia materna; Promoción de la Salud; Rol de la enfermera.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Alcázar-París, M., Gómez-Martín, I., Andrés-Vázquez, S., Andrés-Escobedo, D., Tiñena-Amorós, M., Martínez-Muñoz, M., Aceituno-López, M. A., & Zuriguel-Pérez, E. (2022). Prevalencia de la lactancia materna exclusiva en un hospital Best Practice Spotlight Organization. *Matronas Profesión, 23*(2), 81-87. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-206739

Babuç, Z. T., & Avci, M. (2020). A qualitative analysis on the efficiency of breastfeeding support provided by health professionals from a sociological perspective. *International Journal of Eurasia Social Sciences, 11*(40), 675-707. doi: 10.35826/ijoess.2643

Barboza, D. C., Reticena, K. O., Gomes, M. F. P., Santos, M. S., Carvalho, V. C. S., Oliveira, J. A. A., Bravo, D. S., Valverde, V. R. L., Oliveira, J., & Manfio, A. (2020). Atuação do enfermeiro na promoção do aleitamento

materno. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 31*(3), 120-124. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200805 100558.pdf

Galvão, D. M. P. G., Silva, E. M. B., & Silva, D. M. (2021). Mulheres que procuram apoio sobre amamentação/aleitamento materno nas redes sociais. In A. S. J. Hernández, J. C. Muñoz, M. V. Arboleda, E. M. R. Pereira & M. A. M. Sánchez (Coords.), *Construyendo juntos una escuela para la vida* (pp. 794-803). Editorial Dykinson.

Tricco A, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D et al. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA- -ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*.; 169(7):467-473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

Van Breevoort, D. Tognon, F., Beguin, A., Ngegbai, A. S., Putoto, G., & Van Den Broek, A. (2021). Determinants of breastfeeding practice in Pujehun district, southern Sierra Leone: A mixed-method study. *International Breastfeeding Journal*, 16(42). https://doi.org/10.1186/s13006-021-00390-4

World Health Organization. (2017). *10 facts on breastfeeding*. WHO. Recuperado março 10, 2020, em http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/

Xiao, X., Loke, A. Y., Zhu, S-n., Gong, L., Shi, H-m., & Ngai, F-w. (2020). "The sweet and the bitter": Mothers' experiences of breastfeeding in the early postpartum period: A qualitative exploratory study in China. *International Breastfeed Journal*, 15(12). https://doi.org/10.1186/s13006-020-00256-1

POSTER 15

AUTORES/AUTHORS:

Ferran Padilla Nula[1,2,3] (Orcid: 0000-0001-5484-4434)

Alejandro Bergua Lorente[1] (Orcid: 0000-0001-9399-8428)

Jordi Farrero Mena[1] (Orcid: 0000-0001-6903-4119)

Anna Escolà Nogués[1]

Miriam Llauradó Mateu[1]

Carme Serret Nuevo[1]

Filip Bellon[2,3,4] (Orcid: 0000-0003-4880-9207)

Esther Rubinat Arnaldo[2,3,4] (Orcid: 0000-0003-0232-9777)

Afiliación

1 - Equipo de Acceso Vascular y Unidad de Angioradiología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Instituto Catalán de la Salud, Av. alcalde Rovira Roure 80, 25198, Lleida, España.

2 - Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Lleida, Lleida, España.

3 - Grupo de Investigación en Cuidados de la Salud (GRECS), Instituto de Investigación Biomédica de Lleida (IRBLleida), Lleida, España

4- Grupo GESEC, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Lleida, Lleida, España

TÍTULO/TITLE:

Eficacia del pegamento de cianoacrilato en la fijación de catéteres de línea media y centrales de inserción periférica

Acrónimo artículo

CIANO-ETI

Objetivo: El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de la utilización de pegamento de cianoacrilato (CA) como medio de fijación de catéteres de línea media y catéteres centrales de inserción periférica canalizados con técnica micro-Seldinger modificada en pacientes adultos hospitalizados.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado con dos grupos (1:1): control e intervención, el cual se llevó a cabo en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. El grupo de control recibió un método de fijación con un

dispositivo de fijación sin sutura más un apósito transparente y el grupo de intervención recibió el mismo método de fijación más el pegamento de cianoacrilato. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación en Medicamentos de la Región Sanitaria de Lleida y fue registrado en clinicalTrials.gov con el número NCT05299060. El primer paciente entró al estudio el 16 de septiembre del 2020.

Resultados: Se evaluaron un total de 216 pacientes. Los dos grupos del ensayo presentaron una distribución homogénea en cuanto a variables sociodemográficas y clínicas. El grupo de intervención tuvo una incidencia estadísticamente significativa menor de hemorragias y/o exudados pericatéter durante el periodo de estudio de 7 días [odds ratio [OR], 0,6; nivel de confianza [IC] del 95%, 0,44-0,81; p<0,001] y una incidencia estadísticamente significativa menor de desplazamientos de catéteres durante las primeras 24 horas [OR, 0,2; IC del 95%, 0,04-0,91; p=0,03]. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de flebitis [OR, 1,30; IC 95%, 0,60-2,83; P=,56] y de dolor relacionado con el catéter [OR, 0,88; IC 95%, 0,40-1,94; P=,84].

Discusión/Conclusión: Se observó que la aparición de hemorragias y/o exudados pericatéter durante los primeros 7 días tras la inserción de un catéter de línea media o un catéter central de inserción periférica fue un 67% mayor cuando no se utilizó CA en comparación con los que sí se utilizó. También se observó que la probabilidad de desplazamiento del catéter fue cinco veces mayor durante las primeras 24 horas si no se utilizó CA en comparación con cuando sí se utilizó. Por otra parte, no fue posible confirmar una reducción en la incidencia de flebitis o de dolor relacionado con el catéter durante los primeros 7 días posteriores a la inserción.

Todo ello sugiere que el CA resulta prometedor para reducir el número de hemorragias y el número de desplazamientos tras la inserción de catéteres de línea media o catéteres centrales de inserción periférica, siempre que se realice una hemostasia eficaz antes de su aplicación. Por último, se recomienda la realización de nuevas investigaciones para comparar la eficacia del CA en diferentes pacientes y situaciones sanitarias.

Conflicto de interés: Ninguno.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Cateterismo; Cateterismo Periférico; Cianoacrilatos; Dispositivos Acceso Vascular; Ensayo Clínico Controlado Aleatorio.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1- Zhang S, Lingle BS, Phelps S. A Revolutionary, Proven Solution to Vascular Access Concerns: A Review of the Advantageous Properties and Benefits of Catheter Securement Cyanoacrylate Adhesives. J Infus Nurs. 2022;45(3):154 64.

2- Pittiruti M, Annetta MG, Marche B, Andrea VD, Scoppettuolo G. Ten years of clinical experience with cyanoacrylate glue for venous access in a 1300-bed university hospital. Br J Nursing,. 2022;31(8):IV and Vascular Access Supplement

3- Corley A, Marsh N, Ullman AJ, Rickard CM. Tissue adhesive for vascular access devices: Who, what, where and when? Br JNurs. 2017;26(19):S4 17.

4- Gorski L, Hadaway L, Hagle M, et al. Infusion therapy standards of practice. J Infus Nurs. 2021;44(suppl 1):S1 224.

5- Ntelezos K, KatsoulaT T, Mariolis-Sapsakos T, Galanis P, Alexandrou E, Konstantinou E. Original Article Comparing Safety and Colonization Rates Between Octyl-Isocyanacrylate Glue and Standard Gauze Sponge Dressings for Patients with PICC- PORTs: A Pilot Randomized Controlled Trial. Int J Caring Sci. 2022;15(2):1275 82.

6- Delezos C, Katsoulas T, Mariolis-Sapsakos T, Konstantinou E. The role of 2 - Octyl-Isocyanacrylate Glue, as a microbial barrier in peripherally inserted central catheter port VADS. A review of the literature. Heal Serv Res. 2022;8(2):68 79.

7- van Rens M, Nimeri AMA, Spencer TR, Hugill K, Francia AL V., Olukade TO, et al. Cyanoacrylate Securement in Neonatal PICC Use. Adv Neonatal Care. 2022;22(3):270 9.

8- drea V, Pezza L, Barone G, Prontera G, Pittiruti M, Vento G. Use of cyanoacrylate glue for the sutureless securement ofepicutaneo-caval catheters in neonates. J Vasc Access. 2022;23(5):801 4.

9- Zhang S, Guido A, Jones R, Curry B, Burhe A, Blaisdell M. Experimental study on the hemostatic effect of cyanoacrylate intended for catheter securement. J Vasc Access. 2019;20(1):79 86.

10- Pittiruti M, Van Boxtel T, Scoppettuolo G, Carr P, Konstantinou E, Ortiz Miluy G, et al. European recommendations on the proper indication and use of peripheral venous access devices (the ERPIUP consensus): A WoCoVA project. J Vasc Access. 2021;112972982110232.

11- Gilardi E, Piano A, Chellini P, Fiori B, Dolcetti L, Pittiruti M, et al. Reduction of bacterial colonization at the exit site of peripherally inserted central catheters: A comparison between chlorhexidine-releasing sponge dressings and cyano-acrylate. J Vasc Access. 2021;22(4):597 601

POSTER 17

AUTORES/AUTHORS:

Juan Manuel Alonso Fernández*, Paula Araco González**, Laura Pérez Munguía**, Clara Ruano Hernansanz**, Laura Muñoz Martínez**. Nerea Muñoz Minguela**, Diana Pérez Román**.

*Jefe de Unidad de Enfermería, Unidad de Quemados, Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid). jualonsofern@saludcastillayleon.es . ORCID: 0000-00027670-8756

**Enfermera, Unidad de Quemados, Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid)

TÍTULO/TITLE:

Contraste entre dispositivos de medición de la Presión IntraAbdominal.

Palabras clave:

Hipertensión intraabdominal, presión intraabdominal, dispositivo, enfermería de cuidados críticos, cuidados intensivos.

Keywords:

Intra-Abdominal Hypertension, Intraabdominal Pressure, Device, Critical Care Nursing.

Introducción

La detección precoz de la hipertensión intraabdominal mediante la monitorización de la Presión IntraAbdominal (PIA) se ha estandarizado en Cuidados Críticos en los últimos años convirtiéndose en el método no invasivo de elección[1-3].

El desarrollo de sistemas y tecnologías para la medición y estimación[4-5] de la PIA ha convertido la presión intravesical en el método no invasivo estandarizado[6-7].

Objetivos

Analizar la validez, confiabilidad y objetividad de tres instrumentos de medida de Presión Intra Abdominal no invasiva.

Metodología

Se seleccionaron tres dispositivos atendiendo a las precisión, sensibilidad y rango de medida descritas en sus fichas técnicas.

Se realizó un estudio transversal observacional durante 11 días, con mediciones simultáneas de la PIA cada 8 horas entre el 15 y el 25 de mayo de 2023, para comparar tres instrumentos de medida de PIA en una misma paciente ingresada en cuidados intensivos.

Mediante un cuestionario tipo Likert “ad hoc” de 15 ítems en Microsoft Forms, un grupo de enfermeras competentes valoraron la eficacia, efectividad, utilidad, beneficio, variabilidad de los instrumentos de medida estudiados y realizaron observaciones personales.

Los dispositivos se priorizaron con la herramienta Pritect Tools de avalia-t8 a partir del análisis de la puntuación obtenida en base a los criterios: beneficios/riesgos, costes, organización y otras implicaciones.

La participante en el estudio aceptó la colaboración por representación tras recibir información del investigador principal, la entrega de la hoja de información y la recogida en el consentimiento informado.

No existe conflicto de intereses con los productos comerciales empleados en el estudio. Se informó a los distribuidores acerca de la inclusión de los dispositivos en el presente estudio.

Resultados

Los dispositivos analizados fueron el AbdoPressureTM (A), el Biometrix® Intra Abdominal Pressure (B) y el Medline® Compass (C) para la medición de la Presión IntraAbdominal a través de la presión de la vejiga por la sonda vesical. Se describen técnicamente los tres dispositivos de PIA analizados en cuanto a su tecnología, precisión, rango, condiciones ambientales, accesorios y tiempo de uso.

Análisis de la validez

Las medias de las 33 mediciones realizadas con los tres instrumentos de PIA fueron respectivamente del dispositivo A: 9,12+/-2,41 mm Hg; dispositivo B: 8,78+/-1,83 mm Hg y el dispositivo C: 8,22+/-3,69 mm Hg. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 instrumentos $p< 0,005$.

Análisis de la confiabilidad

Participación en el análisis 14 enfermeras con 14,4 años de experiencia media, el 93% mujeres.

Las 14 valoraciones de la eficacia, efectividad, utilidad, beneficio y variabilidad mediante el cuestionario en escala Likert arrojó en los dispositivos A: (4,52 / 4,21 / 4,19 / 4,28 / 4), en el dispositivo B (3,97 / 3,97 / 3,86 / 3,54 / 4,17) y en el dispositivo C: (4,14 / 4,04 / 4,04 / 4,24 / 4,09).

Análisis de la objetividad

El Análisis de beneficios/riesgos, costes, organización y otras implicaciones de los tres dispositivos de PIA analizados mediante la herramienta Pritec Tools en los dominios de aplicación en enfermedad o condición crónica, resultados comparados, impacto económico, repercusiones de la implementación y aspectos relativos a la difusión resultó como valor ponderado con 74,40% en el dispositivo A, 75,74% en el dispositivo B y 77,41% en el dispositivo C.

Discusión

Las mediciones de la PIA mostraron valores similares con mediciones aisladas que pueden justificarse por diferencias durante el uso. El dispositivo B se consideró como el estándar por la precisión y estabilidad en sus mediciones.

En la valoración de las enfermeras se encuentran las mayores diferencias en la eficacia, donde destaca el dispositivo A, y en el beneficio, donde muestra menor valor el dispositivo B. El análisis de variabilidad, efectividad y utilidad se muestran estables. Las observaciones de los dispositivos se muestran favorables hacia dispositivos precisos en la medición y de manejo sencillo.

La herramienta Pritec Tools mostró valores cercanos priorizando los dispositivos objetivamente para la decisión de la elección.

La medición de la presión intraabdominal a través del catéter urinario se muestra fiable y seguro con los tres sistemas analizados. Se deben atender aspectos organizativos, logísticos y balance económico en la elección del sistema más conveniente en cuidados intensivos.

Se encuentran dispositivos de medición de la presión intraabdominal que tienen propiedades, características y funciones similares.[9] No presentan, como complicaciones, infecciones asociadas a los dispositivos en la sonda urinaria.[10] Se continúan desarrollando tecnologías diagnósticas para el Síndrome Compartimental Abdominal mediante sensores en el urinómetro.[11]

Conclusiones

Las tres herramientas analizadas se mostraron válidas, sensibles y fiables para la medición de la presión intraabdominal.

Se encuentran diferencias en la valoración de las enfermeras en la eficacia, efectividad, utilidad, beneficio y variabilidad de los tres dispositivos atendiendo a razones de habilidad en el uso, confianza en el producto y la estimación económica en su empleo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Kühn A, Fuchs C & HahnenkampK (2021). Intraabdominelle Druckmessung – Schritt für Schritt. DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift, 146(18), 1211-1217.

Malbrain, ML , De Keulenaer, BL, & Khanna, AK (2022). Continuous intra-abdominal pressure: is it ready for prime time? Intensive Care Medicine, 48(10), 1501.

Montalvo-Jave EE, Espejel-Deloiza M, Chernitzky-Camaño J, Peña-Pére, C

A, Rivero-Sigarroa E, & Ortega-León LH. (2020). Abdominal compartment syndrome: Current concepts and management. Revista de Gastroenterología de México, 85(4), 443-451.

Lagosz P, Sokolski M, Biegus J, Tycinska A, & Zymlinski R (2022). Elevated intra-abdominal pressure: A review of current knowledge. World JournalofClinical Cases, 10(10), 3005-3013

Liao CH, Cheng CT, Chen CC, Wang YH, Chiu HT, Peng CC, et al (2021). Systematic Review of Diagnostic Sensors for IntraAbdominal Pressure Monitoring. Sensors 2021, Vol. 21, Page 4824, 21(14), 4824.

Coherent Market Insihgts. (2020). Intra Abdominal Pressure Measurement Devices Market Size.

Leitung W, Janssens U, Joannidis M, Mayer K, Michels G, Braun G, & Schäfer

K.(2022). CME Zertifizierte Fortbildung Nichtinvasive intraabdominelle Druckmessung.Medizinische Klinik Intensivmedizin und Notfallmedizin,117,658 -666.

Unidad de Asesoramiento Científico-técnico. (2018). Herramienta PriTec: adaptación para la selección de tecnologías a evaluar previa entrada en cartera de servicios (Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Crumley C. (2022). Intra-Abdominal Pressure Measurement Devices: A Technologic Analysis. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 49(3), 220-225.

Desie N, Willems A, De Laet I, Dits H, Van Regenmortel N, Schoonheydt K,

Van De Vyvere M, & Malbrain MLNG. (2012). Intra-abdominal pressure measurement using the FoleyManometer does not increas e the risk for urinary tract infection in critically ill patients. Annals of Intensive Care, 2012(1), 1-9.

Niederauer S, De Gennaro J, Nygaard, I, Petelenz T, & Hitchcock R. (2017). Development of a novel intra-abdominal pressure transducer for large scale clinical studies. Biomed Microdevices, 19(80), 1-10.

POSTER 18

AUTORES/AUTHORS:

Manuel Sánchez de la Torre [1,2], Lucia Pinilla Latorre [1,2], Esther Gracia Lavedan [2,3], Olga Mínguez [1], María Aguilà [1], Adriano Targa [2,3], Filip Bellon [4], Esther Rubinat Arnaldo [4], Ferran Barbé[2,3].

1 Group of Precision Medicine in Chronic Diseases, University Hospital Arnau de Vilanova and Santa María; Department of Nursing and Physiotherapy, University of Lleida. IRBLleida, Lleida, Spain.
2 Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, Spain.
3 Group of Translational Research in Respiratory Medicine, Respiratory Department, University Hospital Arnau de Vilanova and Santa María; IRB Lleida, Lleida, Spain.
4 Grup de Recerca de cures de salut (GReCS), University Hospital Arnau de Vilanova and Santa María; IRB Lleida, Lleida, Spain.

TÍTULO/TITLE:

Determinantes Polisomnográficos del Patrón de Presión Arterial Non-Dipping en Pacientes con Apnea Obstructiva del Sueño

Palabras clave: apnea obstructiva del sueño, presión arterial, polisomnografía, non-dipping

Objetivo(s): La evidencia disponible ha reportado una estrecha relación entre la apnea obstructiva del sueño (AOS) y alteraciones de la presión arterial (PA), incluido un mayor riesgo de presentar un patrón non-dipping. Sin embargo, los mecanismos de esta interacción no están completamente descritos. En el presente estudio caracterizamos los parámetros de polisomnografía (PSG) asociados con alteraciones en el patrón circadiano de PA con el objetivo de identificar los principales contribuyentes para explicar el perfil non-dipper.

Métodos: Estudio observacional-prospectivo-multicéntrico que incluyó sujetos derivados a la unidad de sueño por sospecha de AOS. Se incluyeron sujetos con IAH>5 eventos/h diagnosticado mediante PSG. A partir de una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24 horas, se establecieron dos grupos en función del dipping ratio (DR; cociente PA dippers y DR<0.9 non noche/día): -dippers (DR>0.9).

Resultados: Se analizaron 299 pacientes: 131 (43.8%) dippers y 168 (56.2%) non-dippers (Tabla 1). Se encontró una correlación lineal positiva del riesgo de presentar un patrón non-dipper conforme aumenta el IAH [OR (95%IC) = 1.71 (1.28-2.28)], siendo los pacientes con AOS grave (IAH≥30 eventos/h) más propensos a ser non-dipper que los pacientes con AOS leve (5 ≤AHI <15 eventos/h). El mejor punto de corte para predecir el estatus non-dipper fue de 25.2 eventos/h, aumentando el OR (95% IC) a 3.50 (2.02-6.07) (Fig. 1A). El índice de hipopnea, TSat90 e índice de arousals respiratorios se asociaron individualmente con el riesgo de presentar un patrón non-dipper (Fig. 1B). La regresión LASSO identificó 5 predictores del estatus non-dipper: índice de arousals respiratorios, proporción de sueño en etapa N2, índice de hipopneas, uso de medicamentos antihipertensivos y sexo femenino (Fig. 1C). Los 5 principales predictores identificados mediante random forest, estaban relacionados con la macro

y microestructura del sueño, destacando el índice de arousals respiratorios como el principal factor de riesgo para el perfil non-dipper (Fig. 1D).

Discusión: En pacientes con AOS, el índice de arousals respiratorios es un parámetro clave asociado con la pérdida del descenso de la PA nocturna. Los resultados sugieren que la fragmentación del sueño destaca como una de las principales consecuencias del AOS que subyace a la relación entre esta patología y anomalías de la PA circadiana.

Referencias bibliográficas: No

Otros aspectos del trabajo:

i. Tiene la aprobación del Comité de ética clínica correspondiente y si ha recabado el consentimiento informado de los participantes: Sí

ii. Los autores tienen conflicto de intereses: No

iii. Si los autores han utilizado inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción: No

POSTER 19

AUTORES/AUTHORS:

Paula Gutiérrez Báez. Enfermera Interna Residente en Salud Mental. Servicio dePsiquiatría y Salud Mental, Gerencia Asistencia Sanitaria de Zamora. Código ORCID: https://orcid.org/0009-0004-6278-0281

Laura Vaquero Velerdas. Enfermera Especialista en Salud Mental. Servicio dePsiquiatría y Salud Mental, Gerencia Asistencia Sanitaria de Zamora

TÍTULO/TITLE:

Prevalencia del síndrome del burnout en enfermeros internos residentes en salud mental

Palabras clave: burnout; sobrecarga; residentes de enfermería; salud mental

Objetivos:

- Determinar el grado de sobrecarga entre los enfermeros internos residentes(EIR) en salud mental de Castilla y León.
- Proponer intervenciones que reduzcan la aparición del síndrome de burnout.

Métodos:

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal sobre el grado de sobrecarga en los enfermeros internos residentes (EIR) de salud mental. Se dirigió a los EIR de salud mental de Castilla y León, de las provincias de Zamora, Salamanca, León, Valladolid y Palencia. Los participantes empezaron su periodo de residencia los años 2021 y 2022.Se evaluó el grado de sobrecarga o síndrome del burnout a través del Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach et al., 1997) del 17 al 30 de abril.

La encuesta se realizó de manera online a través de la plataforma “Google Forms” y constaba de 22 preguntas en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. Cada oración tenía 7 opciones de respuesta en función dela frecuencia e intensidad con la que se identificase con esa idea. Se pretendió analizar los siguientes aspectos:

- Realización personal. Evalúa la autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems.
- Despersonalización. Valora el grado en el que uno mismo reconoce frialdad y distanciamiento en su trabajo. Se compone de 5 ítems.
- Agotamiento o cansancio emocionales. Valora la sensación de exhaustividad emocional ante el trabajo. Se compone de 9 ítems.

También se recogieron otras variables sociodemográficas como sexo, edad, provincia y año de residencia.

Además, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre los artículos existentes con esta temática. Se recurrió a las bases de datos PubMed, Epistemonikos, Scielo, Cochrane Library y CINAHL. Se realizó dicha búsqueda del 1 al 15 de abril de 2023, incluyendo artículos a texto completo de libre acceso tanto en inglés como en castellano de los últimos 10 años.

Resultados:

Participan en el estudio 18 EIR de salud mental, siendo el 77,8% residentes de primer año. Predomina el género femenino, representando el 88,9% del total. El 77,7% de los participantes tenían edades comprendidas entre 23 y 27 años.

Analizando las diferentes subescalas, el 28% de los encuestados presentaban un nivel alto agotamiento emocional, un 44% una alta puntuación en realización personal y un 72% bajo grado de despersonalización. En la suma total de los ítems, el 56% de los encuestados poseían una puntuación alta del MBI total.

Entre los aspectos de realización personal, predominan los sentimientos de manejo adecuado de problemas emocionales en el trabajo, muy buen afrontamiento con los problemas de los pacientes y sentimiento animado tras trabajar con los pacientes.

En cuanto a la despersonalización, la mayoría afirman que nunca tratan a algunos pacientes como objetos o que tengan un comportamiento más insensible con la gente desde que inició su residencia.

En lo referente al agotamiento emocional, el mayor porcentaje de los encuestadosafirmaban que algunas veces al mes se sentían frustrados por su trabajo, se sienten al límite de sus posibilidades.

Discusión:

Entre las principales limitaciones de este estudio son el diseño transversal, que no permite establecer causalidad entre las variables, así como el tamaño de la muestra, que no permite extrapolar los datos a poblaciones mayores.

Se evidencia que enfermería es una de las profesiones más vulnerables a desarrollar estrés laboral. Los estudios con residentes de enfermería muestran que las personas jóvenes, mujeres, solteras, sin hijos, al inicio de su carrera profesional y con la acumulación de actividades académicas que exige la residencia son más predisponentes a esta sobrecarga física y psíquica (Tavares et al, 2014).

Entre las enfermeras que trabajan en salud mental la carga psíquica es aún mayor. Los factores desencadenantes en este colectivo son el estrés, el estado de alerta continuo, agresiones verbales, mayor riesgo de violencia física, falta de apoyo de los jefes, el ritmo de trabajo y la desvalorización de la figura de la enfermera en salud mental. En un estudio realizado en Brasil, entre las enfermeras que trabajaban en salud mental, casi el 48% mostraron alto riesgo de desarrollar burnout. Los síntomas que indican el inicio de este síndrome son la irritabilidad, alteraciones de la alimentación y el sueño, fatiga mental, pérdida de la lívido (Da Silva Azevedo et al., 2019). En un segundo estudio realizado en Java Central en hospitales psiquiátricos, aparecieron, a mayores, otros síntomas como frustración,

cefaleas, depresión e intentos autolíticos (Febriana et al., 2023).

Existen distintas intervenciones que pueden prevenir y reducir las altas tasas de burnout. Se debe fomentar la resiliencia, empatía, asertividad y disponer de mejores condiciones laborales como disminución de horarios nocturnos, y favorecer la autonomía y desarrollo de la profesión enfermera (Morales Rodríguez et al., 2020). Las intervenciones deben ser multicomponentes, incluyendo los aspectos espirituales, profesionales e inteligencia emocional, fomentando el apoyo social y supervisión (Vargas Cruz et al., 2017). Para poder cuidar a nuestros pacientes es fundamental autocuidarse, y así poder proporcionar unos cuidados de calidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

[1.] Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. En Evaluating Stress: A Book of Resources (Vol. 3, pp. 191-218).

[2.] Tavares, K. F. A., Souza, N. V. D. de O., Silva, L. D. da, y Kestenberg, C. C. F. (2014).Prevalence of burnout syndrome among resident nurses. Acta Paul Enferm., 27 (3), 260-265.

[3.] Da Silva Azevedo, D., Madeira Martins, M., de Sousa Alencar Ferreira, R., Abraao Caetano Lira, J., da Silva Azevedo, D., Ribeiro Amorim, S. M., y Uchoa Portela Velosa,

L. (2019). RISK OF BURNOUT SYNDROME IN MENTAL HEALTH NURSES. 13. https://doi.org/DOI: 10.5205/1981-8963.2019.241609

[4.] Febriana, B., Rochmawati, D. H., y Susanto, W. (2023). Prevalence of Burnout in Mental Health Nurses Working at Psychiatric Hospital in The Central Java. 63 (02).

[5.] Morales Rodríguez, Á. M., Cobos López, G., y Ramos Galindo, E. (2020). Prevencióndel burnout en Enfermería. SANUM: revista científico-sanitaria, 5 (1), 62-77.

[6.] Vargas Cruz, L. D., Niño Cardozo, C. L., y Acosta Maldonado, J. Y. (2017). Estrategias que modulan el síndrome de Burnout en enfermeros (as): Una revisión bibliográfica. Revista Ciencia y Cuidado, 14 (1), 111-131.

Otros aspectos del trabajo:

Se recabó el consentimiento informado de los participantes previa a la realización del cuestionario, asegurando la confidencialidad de la información según la legislaturavigente (*Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales*).

Los autores no presentan conflictos de intereses.

No se ha empleado inteligencia artificial para la elaboración ni para la redacción de dicho estudio.

POSTER 21

AUTORES/AUTHORS:

Arias Lozano, Ma. Alejandra y Bertolotto Vega, Fernando

TÍTULO/TITLE:

La prevención del suicidio adolescente en los servicios de salud, integrando la experiencia de los usuarios

Palabras claves: prevención del suicidio, adolescencia, servicios de salud, salud mental, investigación acción participativa

Objetivo/s

Optimizar las capacidades de los dispositivos de atención de la salud de adolescentes en Uruguay, en materia de detección y prevención del suicidio, incorporando el enfoque de salud mental integral a la percepción de los equipos de salud.

Métodos

Mediante encuestas y entrevistas realizadas a adolescentes consultantes y profesionales de dispositivos de atención especializados en esta franja etaria, se estudiaron las percepciones de unos y otros en lo que refiere a las expectativas y representaciones recíprocas en materia de salud mental. Partiendo de los resultados obtenidos, se desarrolla un proyecto Investigación Acción Participativa, generador de conocimientos y herramientas útiles a la prevención del suicidio en esta población, desde un enfoque de salud mental integral.

Resultados

Los resultados de investigaciones realizadas en servicios para la atención de la salud integral de adolescentes (Arias, Najson, Ramos y Suárez, 2009; Arias y Suárez, 2016; Arias 2017), muestran que la mayoría de los adolescentes consultan para responder a controles médicos obligatorios (carnet de salud para poder realizar actividades de educación física y salidas didácticas en centros educativos), que asocian en sus representaciones, a la atención a problemas de salud esencialmente físicos, y raramente a temas de salud de corte psicosocial. Estas percepciones, corresponden y son funcionales al modelo de atención que predomina entre los profesionales de esos servicios, las que se encuentran sesgadas por el enfoque de atención biomédico curativo. Se configura un sistema de atención que termina polarizándose sobre los casos que presentan problemas físicos y padecimientos mentales caracterizados. Así, se observan prácticas profesionales de atención que privilegian sistemáticamente aquellos casos que corresponden a esa representación de la salud de los adolescentes. La promoción de la salud mental y por lo tanto la prevención de problemas como el suicidio, que deberían desarrollarse en este nivel de atención, tienen un lugar marginal en las prácticas de los profesionales, limitando seriamente la contribución de los servicios de salud a la detección precoz de situaciones de riesgo, la adquisición de hábitos saludables, conductas de autocuidado, el

fortalecimiento de capacidades de afrontamiento de situaciones adversas, etc. Las investigaciones realizadas en servicios orientados a la salud mental de adolescentes en el marco del Plan de Implementación de prestaciones de Salud Mental del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (M. S, 2011); ponen en evidencia que tampoco en estos dispositivos especializados se desarrollan actividades orientadas a la prevención, predominando propuestas de intervención centradas en abordajes psicoterapéuticos individuales (Dogmanas y Arias, 2018 y 2021).

Estos resultados muestran así, que cuando los adolescentes se enfrentan a problemas interpersonales y presentan malestar subjetivo son consideradas tardíamente desde un abordaje curativo y no desde intervenciones preventivas.

En este contexto, surge el interés de construir estrategias para la reducción de la brecha observada entre la oferta y la demanda de servicios de salud mental orientados a adolescentes, con el fin de contribuir a incorporar en las representaciones y las prácticas profesionales, nuevas prácticas de promoción y prevención. En esa perspectiva, se propone discutir el desarrollo de una estrategia basada en la Investigación Acción Participativa.

Discusión

La triangulación de metodologías de investigación permite evidenciar representaciones y mecanismos de ocultamiento y sobredimensionamiento de problemas de salud mental de adolescentes, que determinan las capacidades de los servicios y de sus usuarios a abordarlos, privilegiando los enfoques curativos en detrimento de los enfoques promocionales y preventivos.

Se propone discutir un proyecto Investigación Acción Participativa, que permita generar conocimientos y herramientas útiles en la prevención del suicidio en esta población, desde un enfoque de salud mental integral.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Arias, M., Ramos, F. y Suárez, Z, (2009). *La accesibilidad en tiempos de reforma. ¿La psicología aporta?* En: Rudolf S y otros (2009) El sistema de salud y la construcción de ciudadanía. Aportes de la Psicología para pensar algunos elementos de la reforma del sistema de salud. Mvd.:Ed. Fin de Siglo. pp. 112-140.

Arias, M. y Suárez Z. (2016) *La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos.* [en línea]. Montevideo: Ediciones Universitarias. Recuperado de: https://www.csic.edu.uy/siteksic/files/publicacion5b896f06b64804.47525905.pdf

Arias, M. (2017). *La atención en salud de la población adolescente. Un estudio desde la perspectiva adolescente* (Tesis de maestría en Derechos de Infancia y Políticas Públicas, Universidad de la República, Montevideo).

Dogmanas, D. y Arias, M. (2019). *Estudio de las características y efectividad de los abordajes psicoterapéuticos para jóvenes en servicios de salud del SNIS,* fmanciado por CSIC I+D Recuperado de:

https://www.csic.edu.uy/content/estudio-de-las-caracter %C3%ADsticas-y-efectividad-de-los-abordajes-psicoterape%C3%BAticos-para-j %C3%B3venes

Dogmanas, D., Arias, M., Alvarez-Yaz, R., Gago, F.,Vernazza, E. y Zytner, R. (2019). *Experiencia y satisfacción de los jóvenes con los abordajes psicoterapéuticos del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la práctica privada*

Uruguay- Ministerio de Salud Pública (2011). *Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el SNIS.* Montevideo.

POSTER 23

AUTORES/AUTHORS:

Raúl Soto-Cámara[1,2], Rosa María Cárdaba-García[3], María Sandra Ovejero-de-Pablo[1,4], Susana Navalpotro-Pascual[5,6], María Henar Onrubia-Baticón[1], Noemí García-Santa-Basilia[1], María Paz Matellán-Hernández[1], Margarita Hernando-Pérez[6], María Santamaría-Francés[6].

[1]Emergencias Sanitarias de Castilla y León - Sacyl; [2]Departamento de Ciencias de la Salud - Universidad de Burgos; [3]Departamento de Enfermería - Universidad de Valladolid (Campus Valladolid); [4]Departamento de Enfermería - Universidad de Valladolid (Campus Soria); [5]SUMMA 112 - Madrid; [6]Departamento de Enfermería - Universidad Autónoma de Madrid; [6]Hospital Universitario de Burgos.

TÍTULO/TITLE:

Desigualdades sociales en salud y covid-19

Palabras clave: COVID-19; Determinantes sociales de la salud; Inequidades en Salud; Comorbilidad.

OBJETIVO

Analizar el impacto que las desigualdades sociales en salud han tenido sobre la vulnerabilidad de la persona ante la COVID-19.

MÉTODO

Se diseñó una revisión sistemática en las bases de datos CINHAL, EMBASE, PUBMED, SCOPUS y WEB OF SCIENCE, entre febrero y mayo de 2023. La búsqueda se inició con la formulación de la pregunta de investigación: “En pacientes afectados por COVID-19 (P), ¿las desigualdades sociales en salud (I) han sido un factor de riesgo para el contagio de la enfermedad, el ingreso hospitalario, el desarrollo de otras comorbilidades o la mortalidad (O)?”. Se diseñaron diferentes estrategias de búsqueda, adaptadas a las particularidades de cada base de datos. Se utilizaron como palabras clave los MeSH (COVID-19, health status disparities, healthcare disparities, determinants of health, risk factors, epidemiology) y términos libres (SARS-coV-2, health inequalities, social disparities, social vulnerability, chronic diseases, comorbilities, health access, mortality, morbitidy) adecuados al objetivo del estudio, alguno de ellos truncados, combinados mediante los operadores boleanos AND y OR. También se realizó una búsqueda inversa manual, consultando páginas web, literatura gris y las referencias bibliográficas de los estudios seleccionados. Se incluyeron todos los trabajos de investigación, independientemente de su diseño metodológico, publicados desde el año 2020 en inglés, portugués o castellano, que en sus resultados relacionasen cualquiera de los determinantes sociales de la salud con la COVID-19. La selección de estudios y la evaluación de su calidad metodológica se realizó por pares, de forma independiente y ciega, resolviendo las posibles discrepancias mediante consenso y, en caso de no lograrlo, mediante la participación de un tercer evaluador. La calidad metodológica fue evaluada mediante las Critical Appraisal Tools del Instituto Joanna Briggs.

RESULTADOS

Se identificaron 275 trabajos, descartándose 249 tras la lectura del título y resumen por no estar relacionados con el tema objeto de la revisión, no ajustarse a los criterios de inclusión o estar duplicados. Tras la lectura crítica del texto completo de los 29 trabajos seleccionados, 13 obtuvieron la puntuación mínima exigida, que garantizaba el cumplimiento de los criterios de validez metodológica establecidos en las Critical Appraisal Tools del Instituto Joanna Briggs, distribuidos en 7 estudios descriptivos transversales y 6 revisiones sistemáticas.

Las personas que sufrieron algún tipo de desigualdad social en salud durante la pandemia fueron más vulnerables a la COVID-19, al tener un mayor nivel de exposición al virus, una menor probabilidad de aplicar de manera efectiva medidas de protección y control, un mayor riesgo de poderse contagiar, un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en caso de contagio, un curso de la enfermedad más grave y un mayor riesgo de fallecimiento. Factores como el hacinamiento y las malas condiciones de habitabilidad de la vivienda, el nivel socioeconómico bajo, la precariedad laboral, los entornos residenciales con malas condiciones medioambientales y mal acceso a los recursos esenciales o la presencia concomitante de enfermedades crónicas u otras comorbilidades se relacionaron con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, con una peor evolución y con un incremento de su tasa de mortalidad

DISCUSION

Todos los artículos incluidos afirman que existe una afectación desigual de la población por COVID-19. Y que en dicha disparidad ejerce una clara influencia alguno de los determinantes sociales de la salud, como las condiciones laborales, la carga de trabajo no remunerado, la situación económica, la calidad de la vivienda y las características del área de residencia. Además, las situaciones de desigualdad social, que en muchas ocasiones se han relacionado con un aumento del número de casos de COVID-19, han podido enmascarar una mayor afectación de estos grupos más desfavorecidos debido a las dificultades en el proceso diagnóstico.

Es necesario planificar estrategias e intervenciones dirigidas a que estas desigualdades sociales supongan un menor factor de vulnerabilidad ante cualquier otra enfermedad infectocontagiosa. Para ello, es necesario que estos grupos más vulnerables sean conscientes de la gravedad del problema y de la importancia que tiene su participación activa en la adopción de las medidas de protección y control pertinentes.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Wang ML, Behrman P, Dulin A, Baskin ML, Buscemi J, Alcaraz KI, et al. Addressing inequities in COVID-19 morbidity and mortality: research and policy recommendations. Transl Behav Med. 2020;10(3):516-519. doi: 10.1093/tbm/ibaa055.

Mohamadi E, Olyaeemanesh A, Takian A, Yaftian F, Kiani MM, Larijani B. Short and long-term impacts of COVID-19 pandemic on health equity: a comprehensive review. Med J Islam Repub Iran. 2022;36:179. doi: 10.47176/mjiri.36.179.

Turner-Musa J, Ajayi O, Kemp L. Examining social determinants of health, stigma, and covid-19 disparities. Healthcare. 2020;8(2):168. doi: 10.3390/healthcare8020168.

Webb Hooper M, Marshall V, Pérez-Stable EJ. COVID-19 health disparities and adverse social determinants of health. Behav Med. 2022;48(2):133-140. doi: 10.1080/08964289.2021.1990007.

Stok FM, Bal M, Yerkes MA, de Wit JBF. Social Inequality and Solidarity in Times of COVID-19. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(12):6339. doi: 10.3390/ijerph18126339.

Wildman J. COVID-19 and income inequality in OECD countries. Eur J Health Econ. 2021;22(3):455-462. doi: 10.1007/s10198-021-01266-4.

Ribeiro KB, Ribeiro AF, Veras MASM, de Castro MC. Social inequalities and COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil. Int J Epidemiol. 2021;50(3): 732-742. doi: 10.1093/ije/dyab022.

Malliarou M, Gagamanou A, Bouletis A, Tzenetidis V, Papathanasiou I, Theodoropoulou M, et al. COVID-19 pandemic and health and social inequalities worldwide: Impact and response measures in Greece. Adv Exp Med Biol. 2023;1425:393-399. doi: 10.1007/978-3-03131986-0_38.

Amate-Fortes I, Guarnido-Rueda A. Inequality, public health, and COVID-19: An analysis of the Spanish case by municipalities. Eur J Health Econ. 2023;24(1):99-110. doi: 10.1007/s10198022-01455-9.

Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira MA. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. Rev Gaucha Enferm. 2019;40:e20180263. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180263.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente estudio.

POSTER 32

AUTORES/AUTHORS:

Faro-Basco, Montserrat[1] (ORCID 0000-0001-9423-3646), Isern-Farrés Olga[1] (ORCID 0000-0002-8678-5261), Sansalvador-Comas, Maria Carme[1] (ORCID 0000-0002-06121351), Palomar-Aumatell, Xavier[1] (ORCID 0000-0001-9022-4144), Casas-Baroy, Joan Carles[1] (ORCID 0000-0002-2021-8459).

[1] Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.

TÍTULO/TITLE:

Impacto de la simulación clínica de alta compeljidad en la satisfacción de los estudiantes de enfermería

Palabras Clave: Simulación clínica, satisfacción, aprendizaje, estudiantes enfermería.

Introducción: La simulación clínica es una propuesta de innovación en el área formativa que ofrece experiencias programadas de aprendizaje difíciles de obtener en la vida real (Riley, 2016), en las que los participantes adquieren confianza y seguridad en la realización de los cuidados, en un entorno seguro y con un alto grado de realismo (Abdo y Ravert, 2006; Kuznar, 2007; McCaughey y Traynor, 2010; Martínez y Matus, 2015).

La necesidad de profundizar en el uso de esta metodología para el desarrollo de habilidades técnicas y no técnicas, tan importantes en las competencias que deben adquirir los futuros profesionales de la salud (INACSL, 2016; Lewis et al., 2017; Lioce et al., 2015), y el interés de los instructores en detectar aspectos de mejora en la aplicación de la metodología, nos motivó a estudiar el grado de satisfacción de los estudiantes de enfermería con las simulaciones clínicas de complejidad alta.

Objetivo: Describir el grado de satisfacción con la simulación de complejidad alta (HFS) de los estudiantes de 3r curso del Grado en Enfermería de la UVic-UCC

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal con los estudiantes de tercer año del Grado en Enfermería, matriculados en la asignatura Prácticum IV del curso 20222023.

Los estudiantes realizaban una simulación que incluía 3 escenarios HFS, con un simulador de alto perfil tecnológico, para entrenar habilidades técnicas y no técnicas.

El instrumento utilizado para la recogida de datos fue la Escala de Satisfacción en Simulación Clínica de Alta Fidelidad en estudiantes (ESSAF), adaptada del cuestionario validado de Alconero (2016). El ESSAF administrado consta de 20 preguntas con respuesta tipo Likert de 5 puntos, para medir el grado de satisfacción después de la HFS. Las preguntas están orientadas al grado de satisfacción del estudiante en la adquisición de habilitades técnicas y no técnicas (comunicación, trabajo en equipo, pensamiento crítico, toma de decisiones y motivación), sesiones de debriefing y valoración de la experiencia. El cuestionario era anónimo, a través del aula Moodle, cumplimentándose dos meses después de realizarse la HFS.

Los resultados de los cuestionarios fueron elaborados a través del análisis estadístico descriptivo (proporciones y medias).

Resultados

Se obtuvieron 96 respuestas de los 143 estudiantes matriculados (67%). La edad media era de 24 años, y el 82,3% mujeres. El 100% habían realizado una experiencia de HFS en segundo curso. La mayoría (98%) consideran la simulación como un método útil para el aprendizaje. Los escenarios donde se desarrollaron las simulaciones se consideran realistas o muy realistas para el 91%. El 85% afirman haber mejorado sus habilidades técnicas y el 97% están de acuerdo (52%) y muy de acuerdo (39%) que la simulación les ayuda a desarrollar el razonamiento clínico y la toma de decisiones. Un 91% de los estudiantes consideran que las instalaciones y los equipos son reales y que los casos simulados se adaptan a sus conocimientos teóricos, ayudándoles a integrar teoría y práctica (97%). Para el 90% la experiencia con el simulador aumenta su seguridad y confianza, los laboratorios están bien equipados, los recursos materiales proporcionados son suficientes, la HFS les ayuda a establecer prioridades de acción en sus intervenciones y han aprendido de los errores cometidos durante la simulación, afirmando el 98% que el debriefing ayuda a corregir errores. El 82% consideran que la HFS mejora su capacidad de proporcionar cuidados y el 84% que han mejorado sus habilidades de comunicación y de trabajo en equipo. Para el 89% la simulación fomenta la comunicación entre los miembros del equipo, les motiva a aprender y consideran que la duración de los escenarios es adecuada. El debriefing ofrece una retroalimentación verbal y una crítica constructiva (96%). El 97% se sintieron cómodos y respetados por el instructor durante las sesiones y afirman que la experiencia con la simulación ha sido satisfactoria.

Discusión y aplicabilidad práctica

Los resultados obtenidos muestran una elevada satisfacción de los estudiantes con la HFS, confirmando su utilidad como metodología en el proceso de aprendizaje, en la motivación para aprender y en la integración en la práctica de lo aprendido en la teoría (Reyes et al., 2020; Riley, 2016). La consideración que los escenarios de simulación son realistas o muy realistas, proporciona a los estudiantes un entorno seguro y libre de riesgos permitiendo aumentar su seguridad y confianza, ayudando a establecer prioridades de acción en sus intervenciones, a mejorar sus habilidades técnicas y a desarrollar el razonamiento clínico y la toma de decisiones (Abdo y Ravert, 2006; INACSL, 2016; Kuznar, 2007; Lewis et al., 2017; Lioce et al., 2015; McCaughey y Traynor, 2010; Martínez y Matus, 2015). La posibilidad de poder cometer errores sin causar daño a los pacientes facilita un aprendizaje significativo, permitiendo el desarrollo de competencias de trabajo en equipo, comunicación efectiva, resolución de problemas, manejo del estrés y liderazgo. Es importante realizar un seguimiento de los estudiantes que reciben formación con la metodología de simulación HFS, para comprobar que lo aprendido durante este proceso promueve unos cuidados enfermeros de más calidad y de forma más segura al enfrentarse al paciente real.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Abdo, A., Ravert, P. (2006). Student Satisfaction with Simulation Experiences. *Clinical Simulation in Nursing, 2(*1), e13-e16. DOI:10.1016/j.ecns.2009.05.009

Alconero, A.R., Gualdron, A., Sarabia, C.M., Martínez, A. (2016). Clinical simulation as a learning tool in undergraduate nursing: Validation of a questionnaire. *Nurse Educ Today, 39*, 128-34. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.027

INACSL Standards Committee. (2016). INACSL standards of best practice: SimulationSM Simulation design. *Clinical Simulation in Nursing, 12*(S), S5-S12. http://dx.doi.org/10.1016/ j.ecns.2016.09.005

Kuznar, K. (2007). Associate degree nursing students' perceptions of learning using a high-fidelity human patient Simulator. *Teaching and Learning in Nursing, 2*(2), 46-52. https://doi.org/10.1016/j.teln.2007.01.009

Lewis, K. L., Bohnert, C. S., Gammon, W. L. et al. (2017). The Association of Standarditzed Patient Educators (ASPE). Standards of Best Practice (SOPB). Adv Simul 2(10). https://doi.org/10.1186/s41077-017-0043-4

Lioce, L., Meakim, C. H., Fey, M. K., Chmil, J. V., Mariani, B., Alinier, G. (2015). Standards of Best Practice: Simulation Standard IX: Simulation Design. *Clin Sim Nurs, 11*(6), 309-315. 10.1016/j.ecns.2015.03.005

Martínez-Castillo, F., Matus-Miranda, R. (2015). Desarrollo de habilidades con simulación clínica de alta fidelidad. Perspectiva de los estudiantes de enfermería. *Enfermería universitària, 12*(2), 93-98. http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.003

McCaughey, C., Traynor, M. (2010). The role of simulation in nurse education. *Nurse Education Today, 30*(8), 827-832. 10.1016/j.nedt.2010.03.005

Reyes, M.C., Mansilla, J., Muñoz, G., Robles, M. (2020). Constructed meanings of clinical simulation practices by nursing students. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, *9*(2), 243-254 https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.1931

Riley, R. H. (2016). *Manual of Simulation in Healthcare*. Oxford University.

https://doi.org/10.1093/med/9780198717621.001.0001

El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la investigación (CER) de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (ref. 140/2021), 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.

POSTER 33

AUTORES/AUTHORS:

EDORTA MARTÍNEZ BLANCO*, HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO*, PAULA VELASCO BARBERA*, MIGUEL AYUSO RUBIO*, DANIEL PARADES HERNÁNDEZ*, MARÍA MIANA ORTEGA*, GISELLE CORUJO GONZÁLEZ**, ELENA JIMÉNEZ GARCÍA*, ELENA CHAMORRO REBOLLO*

* *Facultad de Enfermería y Fisioterapia "Salus Infirmorum". Campus de Madrid, Universidad Pontificia de Salamanca, España*

** *Hospital Beata María Ana. Hermanas Hospitalarias. Madrid, España*

TÍTULO/TITLE:

Ya tenemos los Desas, y ahora, ¿quién aprieta el botón?

Palabras clave: desfibriladores, paro cardiaco, enfermedades cardiovasculares, emergencia, educación de la población

Objetivos: Los desfibriladores externos semiautomáticos (DESAs) salvan vidas y en la Comunidad de Madrid, el Decreto 78/2017, regula su instalación y utilización fuera del ámbito sanitario. En este estudio se pretende valorar el nivel de confianza que tiene la población general acerca de su competencia para utilizar el DESA en una situación de urgencia, así como describir su capacidad para identificar un dispositivo ubicado en un espacio público, conocer su funcionalidad y la intencionalidad para usarlo. También se quiso averiguar la opinión de la población en relación a qué personas deberían poder utilizar un DESA y a qué lugares se dirigirían para localizar un dispositivo si fuese necesario. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, de carácter transversal, con metodología cuantitativa. Se diseñó un cuestionario de elaboración propia, dirigido mediante un muestreo no probabilístico intencional, heteroadministrado a población general de la Comunidad de Madrid. Las variables demográficas fueron género y edad, nivel de formación académica y localización de la recogida de información. Cuando fue posible, las variables de opinión y conocimiento se obtuvieron en las inmediaciones de un DESA ubicado en espacios públicos. La medida de los resultados se enuncia en cifra numérica exacta y se expresa en medias, porcentajes con respecto al total del grupo muestra. **Resultados:** Se obtuvieron un total de 418 cuestionarios en municipios de la Comunidad de Madrid y distritos de la ciudad, de diferente perfil socioeconómico. Las mujeres representaron el 57,4% de la muestra y el grupo etario predominante fue el de personas comprendidas entre los 18 y 64 años con un 81,1%. Sólo el 66,5% de los encuestados identificaron de manera correcta un DESA. Su utilidad fue reconocida por el 77% de la muestra y tan solo un 46,7% afirmó que estaría dispuesto a utilizarlo en una situación.

de emergencia vital. Entre las personas que afirmaron no tener confianza en sí mismas para utilizar el dispositivo, los motivos más frecuentemente señalados fueron no saber usarlo (72,2%) y el temor a causar un daño mayor a la víctima (4,9%).

Por otra parte, el 94% de los encuestados refirió, erróneamente, que era necesario disponer de formación específica para utilizar un DESA, y un 20,1% manifestó la idea de que el dispositivo solo podría ser utilizado por personal sanitario.

El 50% de la muestra esperaría encontrar un DESA en el transporte público, un 33,7% en centros comerciales y un 31,8% en espacios polideportivos. Lo más relevante en este caso es, que el 21,4% de los encuestados no fue capaz de señalar ninguna ubicación dotada con un desfibrilador.

Discusión: Convencida de la importancia de los DESAs, la sociedad ha hecho un enorme esfuerzo para dotar de desfibriladores a numerosos espacios públicos. No obstante, existe un importante margen de mejora en la educación de la población general, transmitiendo la idea de que, ante una parada cardiorrespiratoria presenciada, cualquier persona con un desfibrilador, puede salvar una vida. Los datos de este estudio, aun siendo mejores que los de otros ya publicados, refuerzan la idea de que es necesario invertir en campañas de información y divulgación que propicien el uso de los dispositivos por cualquier miembro de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario. Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo. Boletín Oficial del Estado, no 80, (2-04-2009). [Internet]. [citado 2022 Nov 19]. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2009/04/02/pdfs/BOE-A-2009-5490.pdf

Comunicación de instalación y utilización de desfibriladores externos fuera del ámbito sanitario [Internet]. Comunidad de Madrid. 2017 [citado 2023 Abr 25]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/comunicacion-instalacion-utilizacion-desfibriladores-externos-fuera-ambito-sanitario

María Luisa Campillo Martínez. Conocimientos de prevención y actuación ante una parada cardiorrespiratoria en el personal de enfermería que trabaja en plantas de hospitalización [Internet]. 2021 May [citado 2022 Dic 3]. Disponible en:

https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/60263/TFM_MariaLuis aCampilloMartinez.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Gallego V, Castillo J, Martínez I. Normativa sobre formación y utilización de desfibriladores semiautomáticos por personal no sanitario en España. Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg ISSN 1137-6821 Vol 21 No 1 2009 Pags 5361. 2009 Ene 1;21.

González Armengol JJ, José M, Lima V, Povar J, Ramón J, Codesido C, et al. Conocimiento de la sociedad española en maniobras básicas de soporte vital y actitud ante las emergencias [Internet]. Fundacionmapfre.org. 2018. [citado 2023 Mar25]. Disponible en: https://noticias.fundacionmapfre.org/media/2018/10/Informe-Conocimiento-de-la-sociedad-espan%CC%83ola-en-maniobras-ba%CC%81sicas-de-soporte-vital -final.pdf.

Alvarez-Cebreiro N, Abelairas-Gómez C, García-Crespo O, Varela-Casal C, Rodriguez-Nuñez A. Efecto de la formación en soporte vital básico a través de un video difundido en redes sociales. Educación Médica. 2020 Mar 1;21(2):92 9.

Bartlett ES, Flor LS, Medeiros DS, Colombara DV, Johanns CK, Camargo Vaz FA, et al. Public knowledge of cardiovascular disease and response to acute cardiac events in three municipalities in Brazil. Open Heart. 2020 Ago;7(2):e001322.

Sondergaard KB, Hansen SM, Pallisgaard JL, Gerds TA, Wissenberg M, Karlsson L, et al. Out-of-hospital cardiac arrest: Probability of bystander defibrillation relative to distance to nearest automated external defibrillator. Resuscitation. 2018 Mar 1;124:138-44.

Otros aspectos del trabajo:

- El estudio cuenta con el informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia de Salamanca.
- Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

POSTER 34

AUTORES/AUTHORS:

Vega Iñigo, Mª Remedios[1], Urruzola Lizarribar, Mª Aranzazu[2], Perez Urkia Aintzane[3], Aramburu Beristain, Garbiñe[4]

1. Enfermera de atención primaria., C.S. Tolosa, Osakidetza,2. Adjunta de enfermería OSI Tolosaldea, Osakidetza,3. Enfermera de enlace hospitalario, Clínica La Asunción, OSI Tolosaldea,4. Enfermera de atención primaria, C.S. Alegi, Osakidetza

TÍTULO/TITLE:

Conciliación de la medicación, continuidad de cuidados de enfermería en las transiciones asistenciales

Palabras clave: Conciliación medicación, transiciones asistenciales, enfermería, pluripatológicos

OBJETIVO:

Asegurar el seguimiento del tratamiento farmacológico y reforzar la educación en el manejo de la medicación de los pacientes pluripatológicos en la transición del hospital al domicilio, con la participación de todos los profesionales responsables del paciente, sin olvidar al propio paciente/cuidador siempre que sea posible, con el objetivo de valorar la adherencia y/o la falta de comprensión de los tratamientos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio transversal observacional, desarrollado en la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Tolosaldea con una primera fase de análisis de la situación y una segunda fase tras la implantación de una metodología de conciliación de la medicación en el momento del alta hospitalaria de un centro concertado y el seguimiento en atención primaria en Osakidetza.

Se incluyeron los pacientes dados de alta con un índice predictivo (IP)>6,2[(1)] La metodología de conciliación consistió en: tratamiento por apartados en el informe de alta, hoja de tratamiento impresa, informe de continuidad de cuidados de enfermería hospitalaria, informe biopsicosocial de enfermera de enlace hospitalario, revisión del tratamiento a pie de cama por la enfermera hospitalaria, notificación de alta a la enfermera de atención primaria. Contacto con el paciente en las 24-72 horas tras el alta de la enfermera responsable de atención primaria, conciliación de la medicación y refuerzo de la educación en el manejo nuevos tratamientos. Nuevas líneas de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales. Sesiones formativas participativas, previas a la implantación, con los profesionales de los dos niveles asistenciales.

Recogida de datos:

- primera fase: noviembre 2022 a enero 2023.

-segunda fase: 21 abril al 25 setiembre 2023.

RESULTADOS:

Pre intervención: (nov.2022- enero 2023)

- Revisión: 26 altas, se excluyeron tres exitus. (n=23)
- Datos demográficos: 60,9%, (14) hombres, 39,1% (9) mujeres, edad media 77,91 (D.E. + 8,43)
- Media de fármacos prescritas al alta: 12.27(D.E. +4,70)
- Notificación de cuidados al alta: 92,3 %.
- Seguimiento telefónico enfermería 24-48h.: 47,8%
- Registro en HC notificación al alta: 41,6%
- Visita domiciliaria con conciliación de la medicación: 3,8%
- Sin registro ni seguimiento:13,04%

Post intervención: (21 abril- 25 setiembre 2023)

- Revisión: 47 altas, Se excluyeron del estudio seis pacientes que fueron exitus y tres pacientes que fueron derivados a otra institución (n=38).
- Datos demográficos:55,26% (21) hombres (5 reingresos) y 28,9% (11) mujeres (1 reingreso), edad media 77,05 (D.E. + 7,67)
- Media de fármacos prescritas al alta: 15,53 (D.E +4,1).
- Notificación de cuidados al alta: 100 %.
- Seguimiento telefónico enfermería con conciliación de medicación 24-48h.: 68,5% (26)
- Registro en HC notificación al alta: 18.4% (7)
- Visita domiciliaria con conciliación de la medicación: 13,2%(5)
- Sin registro ni seguimiento:13,2%(5)

DISCUSIÓN:

La polimedicación es un factor de riesgo en los errores de conciliación de la medicación. (CM).[2,3] Para garantizar la calidad de la atención de pacientes pluripatológicos se debe asegurar la revisión periódica del tratamiento.

En las transiciones asistenciales, la conciliación de la medicación es clave para prevenir los acontecimientos adversos relacionados con los medicamentos[4,5], pudiendo ser la comunicación entre los profesionales difícil y deficiente. Es por ello que debemos facilitar y reforzar en todo lo posible dichas vías de comunicación.

Es necesario una continuidad de cuidados realizados por la enfermera hospitalaria, la enfermera de enlace hospitalario y la enfermera de atención primaria(AP) para una correcta conciliación terapéutica.

Realizar el empoderamiento por las distintas figuras de enfermería referentes del paciente y/o cuidador, asegurándose una buena comprensión del tratamiento prescrito al alta hospitalaria, contribuye a realizar una conciliación terapéutica óptima, Esta intervención, en el manejo de la polifarmacia es un eslabón importante de la cadena de seguridad.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

[1]Gobierno Vasco. Departamento de salud. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi

http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf

[2] Delgado Sánchez O., Nicolás Picó J., Martínez López I., Serrano Fabiá A., Anoz Jiménez L., Fernández Cortés F.: Reconciliation errors at admission and departure in old and polymedicated patients. Prospective, multicenter randomized study. Med Clin (Barc) 2009; 133: pp. 741-744.

3. Kemp L.O., Narula P., McPherson M.L., Zuckerman I.: Medication reconciliation in hospice: A pilot study. Am J Hosp Palliat Care 2009; 26: pp. 193-199.

1. E.R. Alfaro-Lara, M.D. Vega-Coca, M. Galván-Banqueri, M.D. Nieto-Martín, C. Pérez-Guerrero, B. Santos-Ramos

Metodología de conciliación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos

Atención Primaria, 46 (2) (2014), pp. 89-99, 10.1016/J.APRIM.2013.07.002

2. How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011.

OTROS ASPECTOS DEL TRABAJO:

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.

POSTER 38

AUTORES/AUTHORS:

Mario Angelo Cenedesi Júnior, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina. ORCID ID 0000-0001-8441-8321

Renata Trivelato Felício Cenedesi, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Silvia Elena Vouillat, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina. ORCID ID 0000-0003-0054-0106

TÍTULO/TILE:

Impact of the COVID-19 pandemic on the cognitive functions of elderly people, in a city in the state of São Paulo-Brazil

Keywords: COVID-19; mental health; public health; elderly people

Objectives: to estimate possible cognitive, social and affective changes in the population over 60 years of age, during the period of confinement due to the COVID-19 pandemic, in a city in the interior of the State of São Paulo, Brazil, in order to identify the needs of this slice of the population, to reorganize Mental Health services. **Methodology**: This is a basic, observational and cross-sectional study, with a descriptive objective and a qualitative approach. 417 people over 60 years old answered a questionnaire that evaluated Mental Health during the period of confinement due to the COVID pandemic, in a city in the interior of the state of São Paulo, Brazil, in the last quarter of 2022 – health professionals and people with severe mental disabilities were excluded from the study (general population of the city: 711,825; elderly population = 113,652; margin of error = 5%; confidence level = 95%). Research approved by the Research Ethics Committee via Plataforma Brasil (CAAE 55625822.2.0000.5378).

Results: 42.6% of the studied population is male and 57.4% female. Regarding the period of confinement, 30.7% reported feeling their orientation worse; 32.14% reported having noticed changes in their memory; 30.46% said they performed everyday tasks more slowly; 28.3% noticed changes in their ability to identify their emotions and those of others; 25.66% refer changes in calculation ability; 25.9% noticed a difference in Language ability. **Conclusion**: This study shows possible cognitive changes in the elderly during the confinement period due to the COVID-19 pandemic. From this, the Mental Health Services need to reorganize themselves in order to be able to meet all this real and growing demand, in the same way that society, as a whole, needs to mobilize and be flexible to understand the current needs of this profile of society. population.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

[1] Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. Glob Health Res Policy, 5:27.

[2] Xiang, Y.T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. y Ng, C.H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. Lancet Psych, 7(3):228-229

[3] World Health Organization (WHOb) (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Geneva: World Health Organization

[4] World Health Organization (WHO) (2021). Action required to address the impacts of the COVID-19 pandemic on mental health and service delivery systems in the WHO European Region. Geneva: World Health Organization.

[5] Romero, D. E., y Silva, D.R.P. (2021). Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. Cad. Saúde Pública 37 (3).

Research approved by the Research Ethics Committee via Plataforma Brasil (CAAE 55625822.2.0000.5378). The authors declare that they have no conflicts of interest.

The authors declare that they did not use generative artificial intelligence (AI) and AI-assisted technologies in the writing process.

POSTER 39

AUTORES/AUTHORS:

1- Camero Zavaleta, Cecilia Edineth, 2- Maria Estrella Santos Rubio, 3- Encarnación Martín de Pedro.

1- Médico de Atención primaria de Gerencia asistencial de Segovia ORCID 00000002-1898-9457, 2- Matrona Atención primaria de Gerencia asistencial de Segovia ORCID 0009-0001-6904-7283, 3- Enfermera Atención primaria de Gerencia asistencial de Segovia

TÍTULO/TITLE:

E. cualitativo: la atención primaria durante la pandemia. percepción de los cambios y aprendizajes en la zona rural.

PALABRAS CLAVE: COVID 19, SISTEMA SANITARIO, ATENCIÓN PRIMARIA, CUALITATIVA.

Objetivo general: Conocer la percepción de cambios y adaptaciones de la atención primaria durante la pandemia tanto de los profesionales y pacientes de la Zona Básica de Salud de Nava de la Asunción.

Objetivos específicos:

2. Describir los aspectos negativos identificados por los pacientes y los profesionales relacionados al acceso y la atención sanitaria en la Zona Básica de Salud (ZBS).
3. Describir los aspectos positivos identificados por los pacientes y los profesionales relacionados al acceso y atención sanitaria en la ZBS.
4. Recoger las sugerencias de mejora de los pacientes y los profesionales relacionados al acceso y atención sanitaria en la ZBS.

MÉTODOS:

Tipo de estudio: estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a dos grupos clave en la atención sanitaria: Pacientes y profesionales.

Población: El estudio incluirá dos grupos de trabajo:

1.- Invitamos a 5 pacientes de la ZBS de diferentes edades, 3 mujeres, 2 varones a participar en una reunión dónde se les explicará la metodología y los motivos del estudio.

2.- Invitamos a 5 trabajadores de la ZBS de diferentes perfiles profesionales (TCAE, medicina y enfermería) a participar en una reunión dónde se les explicará la metodología y los motivos del estudio.

A ambos grupos se les realizará las siguientes tres preguntas abiertas:

(d) ¿Cuáles cree que son los aspectos negativos que ha tenido su trabajo durante la pandemia?

(a) ¿Cuáles cree que son los aspectos positivos que ha tenido su trabajo durante la pandemia?

(b) ¿Qué aspectos cree que podrían ser mejorados en la realización de su trabajo mientras dure la pandemia?

Recogida de datos:

Los datos se han recogido mediante grabación en casete/AUDIO DIGITAL. Los discursos serán analizados por el equipo investigador mediante el programa Atlas.ti específico para metodología cualitativa.

En todos los casos se han mantenido los datos personales de los participantes anonimizados, asignando a cada participante un código para el análisis de sus discursos.

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Los resultados se presentan recogiendo las expresiones más relevantes que dan respuesta a los objetivos planteados.

RESULTADOS:

Pacientes: ¿cuáles fueron los aspectos negativos, positivos y aspectos de mejora que ha tenido su atención sanitaria durante la pandemia?

Positivos:

“El médico de cabecera sí estaba pendiente”P1, “Después del alta, me fueron a visitar”P2.

Negativos:

“Lo que yo notaba era soledad en la habitación... los gritos de la gente” P3, “entrar por una puerta y salir por la otra, ya te iremos llamando”P4, “retraso en el sintrom y las glucosas”P5.

Puntos de Mejora:

“si hubiera habido dinero..., hubieran tenido mascarillas” P2, “yo contrataría más médicos y enfermeras”P3, “tener una cobertura social más amplia porque lo sanitario se queda corto; niños y mayores solos, gente dependiente...”P5.

Profesionales: ¿cuáles cree que son los aspectos negativos, positivos y puntos de mejora que ha tenido su trabajo durante la pandemia?

Positivos:

“nuestros compañeros venían de manera altruista en fin de semana a sacar listas de pacientes” M1, “trabajo con las fuerzas esenciales, Policías... fueron un valor añadido” M2, “hemos tenido material por ayuda de los comercios locales” A.

Negativos:

“la administración... miraba para otros sitios” E2, “iban cambiando los protocolos según la disponibilidad del material, del personal” M1, “nos mandaron mascarillas malas...nos las tuvieron que retirar” A.

Aspectos de mejora:

“disponer de previsión de material de acuerdo a ley” M1, “mejorar los canales de comunicación, envío de protocolos” M2, “comprar material adecuado” A.

DISCUSIÓN:

Los pacientes resaltan que al inicio sintieron soledad cuando fueron ingresados, que sus procedimientos crónicos se retrasaron, como aspecto positivo resaltan la cercanía de los equipos de AP y como punto de mejora solicitan aumentar los EPIS, el personal y las ayudas sociales para personas vulnerables.

Los profesionales resaltan como positivo fue el compañerismo y el soporte dentro de los equipos, como negativo: la sensación de inseguridad, cambio continuo de información y protocolos, la mala calidad de las mascarillas y la falta de material. Los aspectos de mejora: tener previsión de EPIS de calidad de acuerdo a ley, mejorar los canales de comunicación y mayor contratación de personal.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus. c2020. [Internet]. [Consultado el 18/12/2020]. Disponible en: Coronavirus (CoV) GLOBAL (who.int) 2. Informe nº 57. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo Situación de COVID-19 en España a 16 de diciembre de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII) [Internet]. [Consultado el 18/12/2020]. Disponible en: Guía para la evaluación de la gravedad de las epidemias de pandemias de gripe en España (isciii.es) 3. Castilla y León. Consejería de Sanidad [Internet].Comunicación de la Junta de Castilla y León.18/12/2020 [Consultado el 18/12/2020]. Disponible en: Castilla y León registra 134.621 casos de COVID-19, con 127.836 confirmaciones en pruebas diagnósticas de infección activa | Comunicación | Junta de Castilla y León (jcyl.es 4. Parte, a fecha de 18 de diciembre de 2020, sobre la situación sanitaria por la la pandemia de la COVID-19 en Castilla y León Castilla y León. Consejería de Sanidad [Internet]. Comunicación de la Junta de Castilla y León.18/12/2020 [Consultado el 18/12/2020]. Disponible en: Castilla y León registra 134.621 casos de COVID-19, con 127.836 confirmaciones en pruebas diagnósticas de infección activa | Comunicación | Junta de Castilla y León (jcyl.es) / 2020-12- 18+Estadística+COVID-19+situación+18+diciembre.pd 5. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University [Internet].12/18/2020 [Consultado el 18/12/2020]. Disponible en: Coronavirus COVID-19 (2019-nCoV) (arcgis.com) 6. COVID-19 situation update for the EU/EEA and the UK, as of week 50 2020 [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control. Page last updated 17 Dec 2020 [Consultado el 18/12/2020]. Disponible en: COVID-19 situation update for the EU/EEA and the UK, as of week 50 2020 (europa.eu)

DECLARACIÓN: Estudio aprobado por el Comité de Ética e Investigación con Medicamentos de la Gerencia asistencial de Segovia y se ha recabado el consentimiento informado de los pacientes. Los autores no tienen conflicto de intereses.

POSTER 40

AUTORES/AUTHORS:

Barquero Garate, Xabier (enfermero de la OSI, líder de guía); Amboage Rodriguez, Yolanda (TCAE de la OSI, impulsora de guía); Agea Sanchez, Maria (enfermera de la OSI, colíder de guía); San Jose Urquidi, Deiene (enfermera de la OSI, impulsora de guía); Larrakoetxea Mugarza, Julene (enfermera de la OSI, impulsora de guía); Garrido Crespo, Susana (enfermera de la OSI, impulsora de guía); Rodriguez Vicario, Ainara (enfermera de la OSI, impulsora de guía).

TÍTULO/TITLE:

REACTIVACIÓN DEL GRUPO BPSO DE UPP

PALABRAS CLAVE: Úlcera Por Presión, reactivación, postcovid, grupo de trabajo, estrategia.

INTRODUCCIÓN

BPSO comienza su andadura en la OSI Debabarrena en el año 2015. Tras 5 años de andadura, el grupo sufre un parón originado por la crisis sanitaria de la COVID19. En consecuencia, el grupo queda sin personal dispuesto a seguir trabajando en ello. En ese periodo se intentó realizar recordatorios sobre las medidas adoptadas.

OBJETIVOS

El objetivo principal era volver a activar el grupo.

Otros objetivos eran valorar las medidas tomadas con anterioridad, ver con cuales seguir, cuales han de incorporarse.

También la formación del personal en distintas materias necesarias.

METODO

Tras una sesión abierta realizada para añadir a nuevos integrantes a los grupos, el equipo de prevención de Úlceras Por Presión (UPP) comienza a juntarse de forma mensual.

Se definen tres líneas de trabajo. La primera, gestión de las ayudas técnicas y su funcionamiento. Para ello se colabora con trabajadoras sociales y las casas comerciales para saber el proceso de obtención de los dispositivos y su manejo. Se realiza un inventario de los dispositivos disponibles. La segunda línea trataba de dar respuesta a las necesidades formativas que se habían detectado. Se trabaja para alinear la línea corporativa de la organización y la guía de BPSO. Se diseña un proyecto de formación a cuidadores formales e informales sobre prevención de UPP. Por último, se trabaja en las evaluaciones que se realizan de forma periódica.

RESULTADOS

Gracias al trabajo del grupo se consiguen mejorar los registros de la valoración de Braden durante las primeras 24h del ingreso; 68’67% en julio del 2022, 80’74% en abril del 2023.

Se consigue mantener la tasa de úlceras por presión, categoría II, III o IV, en relación con las estancias de los pacientes atendidos en la unidad de julio del 2022 a abril del 2023 en un 2’29%, cumpliendo los estándares de calidad de Osakidetza que se mantiene por debajo del 5%.

DISCUSIÓN

Con el trabajo del grupo se ha conseguido comenzar a trabajar en la base que sería el registro de la escala. A partir de ahora se obtendrán datos que se adecúen más a la realizad y por lo tanto servirán para definir líneas de trabajo futuras.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitarias Departamento de Salud. Gobierno Vasco. (2023). Manual de evaluación Anexo II Contrato Programa 2023. Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

OTROS ASPECTOS DEL TRABAJO

No precisa aprobación del comité de ética ni consentimiento informado por el tipo de trabajo que es. No se describen conflictos de interés de los autores. No se emplea la IA para realizar el trabajo.

POSTER 41

AUTORES/AUTHORS:

Amanda Vaz, UniCEUB, orcid.org/0000-0003-0424-1760

TÍTULO/TITLE:

La configuración subjetiva del devenir psicoterapeuta: pensar el cuidado desde la dimensión teórica de la Psicología

Este trabajo, basado en el cuerpo epistemológico-teórico-metodológico de la Epistemología Cualitativa, la Teoría de la Subjetividad y el método constructivo-interpretativo de González Rey, tuvo como objetivo visibilizar y pensar las formas en que la dimensión teórica de la Psicología participa en la configuración subjetiva del devenir psicoterapeuta. Para eso, tuvo lugar una investigación con tres participantes, todos psicólogos recién graduados que, al inicio de la pesquisa, habían empezado recientemente su actuación como psicoterapeutas. La construcción de información (correspondiente a los resultados y a la discusión) fue centrada en los procesos subjetivos del participante Gabriel (nombre ficticio), y permitió organizar teóricamente sentidos subjetivos y configuraciones subjetivas englobados en la constitución de su vivido de la dimensión teórica de la Psicología. En este camino sensible y reflexivo, fueran evidenciadas la producción y la articulación de estos sentidos subjetivos y de estas configuraciones subjetivas a diferentes relaciones, contextos, experiencias y momentos/fases de la trayectoria del participante en su formación en Psicología, pero también en el transcurso de su historia y de su pertenencia a una sociedad y a una cultura concretas. Se entendió que la dimensión teórica de la Psicología participa en la configuración subjetiva del devenir psicoterapeuta en las formas en que contribuye para la producción del cuidado que ese profesional es y se hace capaz. Es decir: en las formas en que participa en la generación de caminos y lugares de/para existir y vivir del psicoterapeuta y, en articulación con eso, en la generación, en la práctica clínica, de la calidad de sensibilidad y relación que este profesional ofrece al otro para que este otro sea cuidado y venga a cuidarse.

Palabras clave: subjetividad; psicoterapia; psicoterapeuta; cuidado; teorías de la Psicología.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

González Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação [Investigación cualitative y subjetividad: procesos de construcción de información].* Cengage Learning.

González Rey, F. (2007). *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural [Psicoterapia, subjetividad y posmodernidad: una aproximación histórico-cultural].* Cengage Learning.

Mori, V. D. (2020). Reflection on the value of the Theory of Subjectivity to signify the practice of psychotherapy [Reflexión sobre el valor de la Teoría de la Subjetividad para significar la práctica de la psicoterapia]. *Studies in Psychology 41*(1), 182202. https://doi.org/10.1080/02109395.2019.1710987

Mori, V. D. (2021). Reflections on the challenges of psychotherapy and the processes of social subjectivity [Reflexiones sobre los desafíos de la psicoterapia y los procesos de subjetividad social]. In D. M. Goulart, A. Miijáns Martínez, & M. Adams. (Eds.), *Theory of Subjectivity from a cultural-historical standpoint: González's Rey legacy [Teoría de la Subjetividad desde una perspectiva histórico-cultural: el legado de González Rey]* (pp. 245-256). Springer.

Mori, V. D., & Goulart, D. M. (2019). Subject and subjectivity in psychotherapy: a case study [Sujeto y subjetividad en psicoterapia: un studio de caso]. In F. González Rey, A. Mitjáns Martínez, & D. M. Goulart (Eds.), *Subjectivity within cultural-historical approach: theory, method, and research [La subjetividad en el enfoque histórico-cultural: teoría, método e investigación]* (pp. 231-244). Springer.

Otros aspectos del trabajo: la investigación tuvo la aprobación del Comité de Ética del Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), una vez que correspondió al trabajo de maestría de la autora, realizado en esa institución. Todos los participantes han dado su consentimiento para la realización del estudio. La autora no tiene conflicto de intereses. No se utilizó inteligencia artificial (IA) y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

POSTER 44

AUTORES/AUTHORS:

María Andreína Castellano Fuenmayor [1] ORCID: 0009-0005-4144-3400

Francisco Javier Castro Molina 1, 2 ORCID: 0000-0001-6068-9178

Jesús Manuel García Acosta [1,2] ORCID: 0000-0002-9362-6496

Airam Delgado reyes [1] ORCID: 0009-0007-0433-5894

Carlos José Savoie Pérez [3]

Azzay Pérez Ramos [4]

Alfredo David Fernández Martínez [5] ORCID: 0000-0002-3465-6660

1 Enfermero/a del Servicio Canario de Salud.

2 Profesor en Universidad de La Laguna.

3 Enfermero e integrador social en Asociación Rayuela

4 Psicólogo en Cruz Roja Española

5 Docente en Gobierno de Canarias.

TÍTULO/TITLE:

Buenas prácticas enfermeras: entornos sanitarios inclusivos y seguros para personas trans. Una revisión de literatura.

Palabras clave: Rol de la Enfermera; Enfermería de Práctica Avanzada; Personas Transgénero; Servicios de Salud para las Personas Transgénero.

Objetivos: conocer las recomendaciones de la práctica de enfermería recogidas en la evidencia científica sobre la atención a personas trans para crear entornos sanitarios inclusivos, donde las personas trans se sientan seguras, respetadas y acompañadas.

Metodología: se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo la declaración PRISMA entre agosto y diciembre de 2022, en las bases de datos bibliográfica: WoS, BVS, CINAHL, PubMed, SciELO y CUIDEN. La ecuación de búsqueda fue: “Políticas Inclusivas de Género” OR “Servicios de Salud para las Personas Transgénero” OR “Atención Integral De Salud” OR “Estrategias de eSalud” AND “Personas Transgénero” AND “Rol de la Enfermera”. De los artículos seleccionados, se evaluó el nivel de evidencia y el grado de recomendación según el SIGN, y la calidad fue estimada mediante los instrumentos propuestos por CASPe.

Resultados: Con el análisis de la evidencia científica se recuperaron un total de 940 artículos. Una vez que se fijaron los criterios de elegibilidad y de exclusión, el total de artículos a revisar fue de 57. Los resultados se agruparon en cuatro

epígrafes: formación de los profesionales de salud; generación de espacios seguros; la enfermera como agente facilitador; buenas prácticas de atención.

Discusión: Actualmente, la población trans continúa enfrentándose a la patologización de su condición y a discriminaciones y actitudes negativas, estigmas y prejuicios que no solo les afectan en su ámbito social, sino que además generan situaciones de vulnerabilidad, riesgo para su salud y temor a la discriminación. Es fundamental un apoyo a la creación de espacios seguros e inclusivos para personas trans desde enfermería para mejorar la calidad de atención sanitaria, y promover así una mayor salud y bienestar.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1. Aarne Grossman, V. G. (2016). Providing Quality Care to the Transgender Patient in the Radiology Setting. Journal of Radiology Nursing, 35(3), 218–226.
2. Abreu, P., Palha, P., Andrade, R., Almeida, S., Nogueira, J., & Monroe, A. (2022). Integral health care for transgender adolescents: subsidies for nursing practice. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 30(e3810), 12.
3. American Psychiatric Association., & American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. American Psychiatric Association.
4. American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition DSM-III. Cambridge University Press.
5. Arjonilla, E. (2014). Reframing Care Practices on Transgender Health: The International Campaign Stop Trans Pathologization. The Institute for Advance Studies on Science, Technology, and Society, Graz, Austria, 31, 17.
6. Báez Quintana, D., Cabrera Berger, J., Casale, C., de Miguel Mitre, I., De Vega Sáenz de Tejada, J., Díaz Melián, D., Fernández Palacios, J., Fernández Sánchez-Barbudo, M., González Álvarez, P., Lázaro Archilla, J., Luis Ravel, L., Martínez Martín, J., Torralba Pinedo, M., Ocon Padrón, L., Pedrianes Martín, P., Pérez Luis, J., Ramos Martín, C., Rubio Morell, B., & Valerón Domínguez, P. (2019). Protocolo de Atención Sanitaria a PERSONAS TRANS*. In Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias.
7. Bernstein, S. M., & Lewis, H. C. (2018). The world was not built for us: Improving access to care for transgender youth. Pediatrics, 142(6), 3.
8. Buchholz, L. (2015). Transgender care moves into the mainstream. JAMA - Journal of the American Medical Association, 314(17), 1785–1787.
9. Carlström, R., Ek, S., & Gabrielsson, S. (2021). 'Treat me with respect': transgender persons' experiences ofencounters with healthcare staff. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 35(2), 600–607.

10. Castilla-Peón, M. F. (2019). Manejo médico de personas transgénero en la niñez y la adolescencia. Boletín Médico Del Hospital Infantil de México, 75(1), 7–14.

Otros aspectos del trabajo:

i. El presente estudio forma parte del proyecto de investigación ENF21/09: "TranSkin: generando entornos sanitarios inclusivos centrados en las personas trans*" aprobado en convocatoria competitiva por la Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC).

ii. Los autores no tienen conflicto de intereses.

iii. No se ha utilizado Inteligencia Artificial generativa ni tecnologías asistidas para el proceso de redacción.

POSTER 47

AUTORES/AUTHORS:

Ana Martín Sanz*. anamartinsanz06@gmail.com

Ana Pérez Marín*. aperezma@saludcastillayleon.es

Beatriz Bermejo Muñoz*. beitaber@hotmail.com

Rebeca Samaniego Quintanilla*. vegano1014@gmail.com

Patricia Oliveros Rey*. patry oliveros@hotmail.com

*Enfermera. Unidad de Rehabilitación Cardiaca. Hospital Río Hortega. Valladolid.

TÍTULO/TITLE:

Objetivos de salud en el paciente con insuficiencia cardíaca dentro de un programa de rehabilitación cardíaca

Palabras clave

Insuficiencia Cardíaca, Rehabilitación Cardíaca, Autopercepción del estado de Salud, Cuestionario SF-36

Aproximadamente el 2% de las personas adultas de los países desarrollados padecen Insuficiencia Cardiaca (IC) [1] y ésta avanza con cada década de la vida hasta llegar al 20% de la población, independientemente del sexo [2]. El tratamiento de Rehabilitación Cardiaca (RC) [3,4] debe estar centrado en la consecución de objetivos de salud conforme al estado del paciente de manera multidimensional, con dinamismo y adaptabilidad. El proceso asistencial se debe evaluar de una forma estandarizada, objetiva y necesariamente se debe comprobar el impacto en la vida del paciente [5].

OBJETIVO

Determinar la importancia de implementar circuitos de valoración del paciente diagnosticado de Insuficiencia Cardíaca dentro del Programa de Rehabilitación Cardíaca y el impacto del mismo sobre la autopercepción del estado de salud.

- Determinar la autopercepción del estado de salud del paciente con IC al inicio y al final del tratamiento de RC y relacionar su variación con el tratamiento rehabilitador.
- Comparar la respuesta de autopercepción en determinados grupos de pacientes según variables analizadas.

METODOLOGÍA

Estudio longitudinal, antes y después, de una cohorte de 21 pacientes incluidos en el Programa RC (PRC) de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión determinados con antelación:

- Inclusión: Pacientes con diagnóstico de IC sin límite de edad.

- Exclusión: No inclusión en el programa por razones médicas. No aceptación, falta de colaboración o renuncia por parte del paciente.

La inclusión en el estudio debe ser compatible con el asentimiento, por parte de los participantes, del consentimiento informado con fines de investigación. La no aceptación del consentimiento no repercute en el tratamiento.

Los autores declaran carecer de conflictos de interés y no se han utilizado tecnologías de inteligencia artificial. Estudio aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Área de Salud Oeste de Valladolid con referencia PI123-19.

Determinación de las variables al inicio y final de tratamiento:

- Estado basal:

- Demográficas: edad, sexo
- Antropométricas: IMC y perímetro abdominal
- Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) [6]: Hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, tabaquismo
- Prueba de esfuerzo cardiológica [7]
- Cuestionario autopercepción de la Salud SF-36 presencial (CSF-36) [8,9] - Estado final:
- Prueba de esfuerzo cardiológica
- CSF-36 presencial

Análisis de las variables a través de métodos estadísticos: Las variables se expresan como media y desviación estándar y se comparan mediante el análisis de t de Student ($p<0.05$ estadísticamente significativo el tratamiento es infuyente).

RESULTADOS

De los 21 pacientes observados la media de edad es de 66,66 años (mínima 49 - máxima 77). 10 pacientes son hombres y 11 son mujeres.

Biomedidas: el 28% de la muestra se encuentra en normopeso. La media de IMC es de 29,13: sobrepeso. Mayor grado de obesidad en las mujeres (IMC 30,15). La media del perímetro abdominal es de alto riesgo cardiovascular para ambos sexos.

FRCV: el 95% de los pacientes son hipertensos, el 28% diabético y el 81% tienen dislipemia. El 80% de la muestra padece hipertensión y dislipemia a la vez.

Prueba de esfuerzo en cinta protocolo bruce rampa. Aumenta en 2 min la media de tiempo de la prueba al finalizar el tratamiento. Mejora de la capacidad física estadísticamente objetivada, independientemente de edad, sexo y comorbilidades asociadas.

CSF-36: Incremento de la autopercepción global de la salud (resumen físico y mental) al final del tratamiento ($p<0,05$). Incremento estadísticamente significativo de la función física verificado con la ergometría (relación directa). Los dominios emocionales/mentales presentan mayor progreso que los dominios puramente físicos.

DISCUSIÓN

El principal resultado es el impacto positivo en la capacidad funcional y emocional de los pacientes con IC dentro de un PRC: permite mejorar la funcionalidad y recuperar el bienestar físico y mental, lo que a su vez, favorece la autonomía y la independencia del paciente.

Limitaciones de la muestra: La heterogeneidad morfológica dentro de la cohorte abarcada por el estudio pueden no ser representativos. Sin embargo, estas limitaciones también representan beneficios de utilizar una cohorte de inicio, todo incluido, como denominador el paciente. Ningún paciente ha sido excluido intencionalmente. Por lo tanto, la cohorte realmente representa a la población adulta con IC en la práctica clínica actual. El instrumento empleado ha sido adecuadamente revisado para garantizar la pulcritud del estudio. Se utilizaron varios observadores en el campo de investigación. De esta forma, incrementamos la calidad y la validez de los datos ya que se cuenta con distintas perspectivas de un mismo objeto de estudio y se elimina el sesgo de un único investigador.

La percepción del paciente debe ser medida con métodos ecuánimes y con escalas de valor que avalen la labor de enfermería en la consecución de objetivos de salud del paciente.

Sería de interés investigar estrategias que puedan crear itinerarios de trazabilidad centrados en el paciente y mejorar la evaluación de los resultados de los PRC.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. Guía ESC 2021 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2022;75(6):523.e1-523.e114. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893221005236

Pérez-Villacastín Dominguez, J. Macaya Miguel, C. Coincidiendo con la pandemia, la mortalidad cardiovascular vuelve a crecer. Nota de Prensa. Sociedad Española de Cardiología: SEC. Madrid. Publicado: Noviembre 2021. Disponible en: https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/13104-coincidiendo-con-la-pandemia-la-mortalidad-cardiovascular-vuelve-a-crecer

World Health Organization. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Report of a WHO Expert Committee. Ginebra: WHO Techinical Report Series, 270; 1964

Excelente LP-S. Procedimiento Rehabilitación Cardiaca - Sociedad Española de Cardiología [Internet]. Secardiologia.es. [citado el 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://secardiologia.es/institucional/reuniones-institucionales/sec-calidad/sec-excelente/procedimientos/8722-procedimiento-rehabilitacion-cardiaca

Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. BMJ [Internet]. 2013 [citado el 10 de diciembre de 2022];346(jan28 1):f167. Disponible en: https://www.bmj.com/content/346/bmj.f167

L.J. Visseren F, Mach F, M. Smulders Y, Carballo D, C. Koskinas K, Bäck M, et al. Guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2022;75(5):429.e1-429.e104. Disponible en: https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893221004620

Valle Racero JI. Prueba de esfuerzo. En: Manual de Enfermería en Arritmias y Electrofisiología. Madrid. Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2013. pp. 137-147.

Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2) [Internet]. Wordpress.com. Disponible en: https://ginvestigaciontmo.files.wordpress.com/2018/07/sf-36-cuestionario.pdf

Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [Internet]. 2005;19(2):135

POSTER 48

AUTORES/AUTHORS:

Arza-Alonso, Nagore; Coordinadora de Docencia, Formación e

Investigación de la OSI de Debabarrena, Osakidetza. Líder del Proyecto BPSO.

LopezdeGamiz-Villagarcia, Maria; Directora de Enfermería de la OSI Debabarrena, Osakidetza.

Barquero-Garate, Xabier; Enfermero de la OSI Debabarrena, Osakidetza. Colíder del Proyecto BPSO

Bolinaga-Gullón, Ainhoa; Adjunta de Enfermería de Hospitalización de la OSi Debabarrena, Osakidetza.

Muriana-Paniagua, David; Adjunta de Enfermería de Primaria de la OSI Debabarrena, Osakidetza

Uzkudun-Uranga, Onintza; Supervisora de la Unidad 2ª A del Hospital de Eibar de La OSI Debabarrena, Osakidetza.

Vidal-Gil, Miren; Supervisora de la Unidad 1ª A del Hospital de Eibar de La OSI Debabarrena, Osakidetza.

TÍTULO/TITLE:

Reactivación del proyecto BPSO en la Organización Sanitaria Integrada Debabarrena

INTRODUCCION

Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC® / BPSO® por su nombre en inglés) son centros que implantan las

Buenas Prácticas en Cuidados mediante la metodología diseñada por la RNAO. Esta iniciativa surgió en Ontario y después se extendió internacionalmente. En la OSI Debabarrena comienza su andadura en el año 2015, llegando a tener implantadas 4 guías. A causa de la pandemia de la COVID19 y las cargas asistenciales que eso supuso, se vio abocado a la imposibilidad de avanzar. En 2022 se comienza a intentar a reactivar el proyecto con nuevos líderes de las guías ya que se creía que BPSO era una herramienta para fomentar la calidad en los cuidados.

PALABRAS CLAVE

Reactivación, análisis de vacío, plan de comunicación, buenas prácticas en cuidados, actividades.

OBJETIVOS

PRINCIPAL:

Reactivar los grupos de BPSO para trabajar la calidad de los cuidados.

ESPECÍFICOS:

- Analizar la situación por la que se parte
- Captación de personal para las guías
- Reestructurar el proyecto.

METODOLOGÍA Y DESARROLLO

Desde dirección se realiza un análisis de vacío donde se analizan si las actividades recogidas hasta la fecha se están realizando en las distintas unidades. Para ello se realizan reuniones con los mandos intermedios de las unidades.

Se realiza un llamamiento para las distintas guías donde se consiguen integrantes para las guías y comienzan su trayecto en la nueva etapa. Teniendo que hacer frente a el cansancio que afronta el personal a raíz de la pandemia y los cambios constantes.

Se diseña un plan de comunicación y difusión donde se crean mecanismos de comunicación interna y externa. Consta de tres vías: una recomendación que se mandará de forma quincenal alternando por guías, zonas delimitadas en las unidades para divulgación del conocimiento y un boletín trimestral donde se recogerá información interesante sobre formación e investigación.

RESULTADO Y CONCLUSIONES

Hemos podido ver la importancia de la comunicación interna a la hora de hacer llegar la información, adecuándonos a las costumbres de consumo de información actuales. El hacer partícipe al personal en la toma de decisiones ayuda en la cumplimentación de las actividades recogidas y en la mejora de los resultados. Durante los meses estivales se realizará una encuesta de satisfacción al personal sobre las actividades puestas en marcha durante la reactivación del proyecto.

POSTER 58

AUTORES/AUTHORS:

Gómez Vicente, Laia [1]; Cabrera Torres, Esther [2]

1: Escola Superior en Ciéncies de la Salut, TecnoCampus Mataró-Maresme, Mataró, Barcelona, España. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0009-9345-1954

2: Escola Superior en Ciéncies de la Salut, TecnoCampus Mataró-Maresme, Mataró, Barcelona, España. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-7353-0542

TÍTULO/TITLE:

Estudio sobre las necesidades y expectativas de la población del Maresme con relación al cáncer.

Palabras clave: Evaluación de necesidades; Agencias Voluntarias de Salud ; Voluntarios/as; Población; Neoplasia; Apoyo social; Apoyo comunitario

Objetivo: Conocer las expectativas y necesidades de la población del Maresme en relación con lo que puede ofrecer una asociación contra el cáncer.

Metodología: Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se elaboró un cuaderno de recogida de datos mediante el aplicativo REDCap, el cual fue heteroadminsitrado a 103 personas del Maresme. Se aplicó el test One-Way ANOVA de Kruskal-Wallis para analizar las correlaciones y el test X^2 para proporciones.

Resultados: El 88,3% de la muestra considera el apoyo social como la necesidad principal. La puntuación media de la EPC es de 9,43 (DS± 3,29). El 62,1% de la muestra ha afirmado tener un familiar o conocido/a con cáncer, siendo el más prevalente el cáncer de mama (35,1%). La media de puntuación en la escala 0555-3, ha sido de 11,4 (DS± 2,06). El 71,8% de las personas encuestadas percibe su salud como buena. El 46,6% mediante la EQ-5D-5L, ha obtenido el estado de salud 11111 (15=0). Se ha encontrado relación entre preocupación por el cáncer/apoyo social (p <0,001). La psicooncología (72,8%) y el apoyo profesional (89,4%) han sido las actividades y propuestas mejor valoradas.

Discusión: Se identificó que las principales necesidades en personas afectadas por el cáncer y sus cuidadores/as son el apoyo emocional y social, debido al impacto emocional y los cambios que esta enfermedad provoca en sus vidas. Hart et al. (2022) encontraron una relación entre la depresión, la ansiedad y la angustia con estas necesidades insatisfechas. En cuanto a la preocupación por padecer cáncer, se detectó una mínima preocupación en la muestra debido a su conocimiento sobre la enfermedad. Sin embargo, según el Oncobarómetro de la AECC (2020), el cáncer se percibe como el principal problema de salud en España. El nivel

de apoyo social fue medio, lo cual se atribuyó a factores que reducen las desigualdades en salud en la zona donde se realizó el estudio (Idescat, 2020). Se encontraron valoraciones positivas en cuanto al estado de salud y la calidad de vida, en gran parte debido a la ausencia de enfermedades crónicas en la mayoría de los participantes y el bajo consumo de medicamentos. Se observó que un mayor apoyo social se asoció con una menor influencia de la preocupación por el cáncer, ya que brinda apoyo emocional que contribuye al bienestar emocional y la capacidad de afrontamiento. Las actividades y propuestas que abordaron las necesidades de apoyo emocional y social fueron las mejor valoradas, coincidiendo con las necesidades más prevalentes en la muestra. Estos resultados están en línea con los hallazgos de un informe de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC, 2016) sobre los beneficios del voluntariado, que mostró que las actividades de apoyo y acompañamiento eran altamente valoradas por los pacientes.

Respecto a la implicación práctica, cabe destacar que este estudio enfatiza la necesidad de integrar un enfoque comunitario en la atención convencional del cáncer, proporcionado por las asociaciones. Asimismo, se resalta la importancia de la enfermera oncológica como punto de conexión entre la atención sanitaria y las redes secundarias de apoyo.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Hart N, Crawford-Williams F, Crichton M, Yee J,Smith T, Koczwara B, Fitch M, Crawford G, Mukhopadhyay S, Mahony J, Cheah C, Townsend J, Cook O, Agar M, Chan R. (2022). Unmet supportive care needs of people with advanced cancer and their caregivers: A systematic scoping review. *Critic rev Oncol Hematol, 176.* doi: https://dolorg/10.1016/j.critrevonc.2022.103728

AECC. (2020). *Oncobarómetro* [Archivo pdf]. https://observatorio.co ntraelca ncer.es/sites/defa u ft/fi les/informes/O NCO BARO METRO O. pd f

Institut Catalá d'Estadística (Idescat). (2022). *El municipio en cifras: Maresme.* https://www.idescat.cat/emex/?id=21&lang=es&utm campaign=cercador&utm medium=su gg&utm source=ldescat&utm term=maresme&utm content=emex

Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). (2016). *La satisfacción de los beneficiarios del programa de voluntariado de la AECC: informe cuantitativo 2015* [Archivo pdf]. https://observatorio.contraelcancer.es/informes/calidad-del-servicio-de-voluntariado-hospit a la rio

Otros aspectos del trabajo:

i. El presente estudio ha recabado el consentimiento informado de los participantes para la obtención de los datos y fue presentado al Comité de Ética del TecnoCampus, quien determinó que no era necesaria su aprobación debido a que se trabajó con datos de la población general.

ii. Las autoras declaran no tener conflicto de intereses

iii. Las autoras declaran no haber usado herramientas de inteligencia artificial (IA) generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.

POSTER 59

AUTORES/AUTHORS:

Claudia Díaz López Tutora: Azucena Pedraz Marcos

TÍTULO/TITLE:

Impacto del síndrome del aceite tóxico en la calidad de vida de las personas afectadas.

Introducción: Durante la primera mitad del año 1981 aconteció en España una intoxicación masiva provocada por el consumo de aceite ilegal comercializado en los mercados ambulantes como aceite de oliva, siendo este realmente aceite de colza desnaturalizado con anilina al 2% que posteriormente había sido refinado. Esta intoxicación dio lugar a cientos de muertos y miles de afectados por el Síndrome del Aceite Tóxico (SAT), los cuales hoy en día siguen arrastrando secuelas a nivel multisistémico que repercuten en su calidad de vida.

Objetivos: Explorar la perspectiva de la calidad de vida de las personas afectadas por el SAT sería el objetivo principal del proyecto; por otra parte, explorar la percepción de los afectados por el SAT sobre su situación de salud a nivel funcional y psicológico, conocer cuáles son las dificultades que encuentran las personas con SAT debido a la cronicidad de su enfermedad y estudiar la percepción de los pacientes respecto a sus necesidades y los recursos que reciben por parte del sistema sanitario y social resultarían los objetivos específicos.

Métodos: Realizar un estudio cualitativo enmarcado en el paradigma comprensivo-naturalista-interpretativo bajo el enfoque teórico-metodológico de la fenomenología, poniendo el principal interés en las experiencias de los participantes. Los pacientes serán seleccionados empleando un muestreo teórico a partir de tres ámbitos, el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, el Hospital Universitario 12 de Octubre y la Plataforma Seguimos Viviendo. Para llevar a cabo la selección de pacientes se establecen criterios de inclusión, que son padecer secuelas de la enfermedad, ser capaz de comunicarse en español, vivir en la Comunidad de Madrid y haber aceptado voluntariamente participar en el estudio habiendo leído la hoja de información a los participantes y haber firmado el consentimiento informado; criterios de exclusión, siendo estos haber padecido la intoxicación de manera aguda y presentar alteraciones cognitivas que impidan llevar a cabo las entrevistas; y criterios de selección muestral, siendo estos relativos a la afectación principal y secuelas, edad, género, ocupación y recursos y ayudas recibidas. Respecto a la técnica empleada para la recolección de datos, se empleará la técnica biográfica de las historias de vida a partir de entrevistas en profundidad a los participantes. La fase del análisis de los datos se llevará a cabo según la descripción de Taylor y Bodgan que consta de las fases de descubrimiento, codificación y relativización de los datos, para la posterior elaboración del informe final.

Discusión: Respecto a las limitaciones que pueden aparecer en el desarrollo del estudio, se prevé la aparición de limitaciones metodológicas como son los datos auto-informados; a consecuencia de esta, podrían darse sesgos como la exageración, el efecto telescopio o la memoria selectiva. Por otra parte, estarían las limitaciones del investigador, donde se encuentran las limitaciones de acceso, las culturales y los efectos longitudinales. Asimismo, es posible que

se hayan omitido datos de interés o que el uso de otras búsquedas hubiera sido más pertinente; además la bibliografía disponible resulta exigua y se encuentra desactualizada.

Palabras clave: aceite de colza, Síndrome del Aceite Tóxico, intoxicación, calidad de vida, España.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Sánchez-Porro Valadés P, Posada de la Paz M, de Andrés Copa P, Gimenez Ribota O, Abaitua Borda I. Toxic oil syndrome: survival in the whole cohort between 1981 and 1995. J Clin Epidemiol [Internet]. 2003 [citado 26 de enero de 2023];56(7):701 8. Disponible en: https://doi.org/10.1016/s0895-4356(03)00119-7

Martín-Arribas MC, De Andrés Copa P, De La Paz MP. Quality of life, disability and handicap in patients with toxic oil syndrome. J Adv Nurs [Internet]. 2005;50(6):595 604. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03444.x

Berenguera A, Mª O, Fernández J, Santos S, Pons M, Enriqueta V, et al. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud [Internet]. Wordpress.com. [citado 26 de febrero de

2023]. Disponible en: https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf

Pedraz Marcos A, Zarco J, Ramasco Gutiérrez M, Palmar Santos AM. Investigación cualitativa. Barcelona: Elsevier España; 2014.

POSTER 61

AUTORES/AUTHORS:

Remigio-Figueroa, Maricruz (Universidad de Guadalajara); Vega-Fregoso, Georgina (Universidad de Guadalajara) y Ortiz-Hernández, Arantxa (Universidad de Guadalajara).

TÍTULO/TITLE:

La desaparición forzada y sus repercusiones en la salud de las víctimas indirectas: una revisión narrativa

La desaparición forzada en México se estima una tasa nacional de 57.7 casos de desaparición forzada por cada cien mil habitantes (Centro Nacional de Planeación, Análisis e Información para el Combate a la Delincuencia [CENAPI], 2020). Siendo los tres Estados en México con mayor incidencia acumulada de casos: Jalisco con 18,258 hombres (h) y 5.486 mujeres (m); Tamaulipas (8905 h y 2550 m) y Estado de México (4494 h y 3616 m).

En el caso de las familias de las personas desaparecidas la Comisión Interamericana de Derechos Humanos hace una estimación que al tener más de 100 mil personas desparecidas significa por lo menos la misma cantidad de familias afectadas, que pueden estar integradas por dos o cuatro personas (Ortega, 2023).

El objetivo del presente estudio fue revisar dentro de diversos motores de búsqueda la información relacionada con las consecuencias a la salud física y emocional que la desaparición genera en las víctimas indirectas.

Palabras clave: Desaparición forzada, familiares, salud, violencia y consecuencias de salud

Metodología

Se utilizó la metodología descrita por Arksey y O`Malley (2005). Primero se definió la siguiente pregunta de revisión de la literatura ¿Cuál es la experiencia de salud de los familiares de las personas desaparecidas? y así comenzar la búsqueda de la información en: Redalyc, Google académico y Scielo. Las palabras clave fueron las siguientes: impacto de la desaparición forzada, experiencia de salud, familiares de personas desaparecidas, pérdida ambigua, desaparición forzada y consecuencias de salud.

Los textos empleados en la presente revisión se seleccionaron durante febrero a mayo de 2023, considerándose así un total de 7 referencias; estas fueron sistematizadas analíticamente en una matriz, en la cual para cada artículo se consideró lo siguiente: autores y año, titulo, objetivo y/o tipo de publicación, país de publicación, método y hallazgos relevantes.

Resultados

Consecuencias psicológicas

Para los familiares (víctimas indirectas) de las personas desaparecidas existe un mayor riesgo de trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastorno en el duelo prolongado (TDP), esto a consecuencia de presentar comportamientos de evitación.

En las mujeres es más frecuente el TDM, que los hombres, sin embargo, para ambos representa el mismo riesgo de TDP y TEPT, cabe mencionar que el parentesco juega un papel importante en relación con el parentesco que se tenga con la persona desparecida, siendo así que en los casos donde la desaparición es de un hijo o conyugue, los familiares de estos presentan mayor TDP, TEPT y TDM, comparado con personas cuyos padres, hermanos o parientes más lejanos desaparecieron (Lenferink, Keijser, Wessel y Boelen, 2018).

Consecuencias físicas

De acuerdo con Salazar, Mendoza y Raesfeld (2022) las desapariciones provocan un deterioro en la salud de diferentes miembros de la familia; las condiciones físicas más prevalentes son: diabetes, hipertensión arterial, colitis nerviosa, fibromialgia,

arritmia cardíaca y cefalea intensa. También se reveló que, ocasionalmente, a medida que pasa el tiempo, las enfermedades empeoran debido a la incertidumbre.

Cuando una situación estresante se presenta, el organismo tiene como respuesta fisiológica la liberación de adrenalina, pero cuando esta situación se prolonga por un tiempo, el cuerpo comienza a producir corticoides, lo cual altera el equilibrio general de la persona y como consecuencia bajan las defensas, esto favorece la aparición de enfermedades agudas, hasta enfermedades crónicas. En el caso de las victimas indirectas que padecen insomnio y dificultades para descansar, aumenta la probabilidad del aumento de la tensión arterial, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, obesidad, problemas de metabolismo, diabetes y resistencia a la insulina (Sosa y Serna, 2021).

En las entrevistas que realizaron Sosa y Serna (2021), los familiares de las personas desaparecidas han desarrollado adicciones como el consumo del alcohol, tabaco y drogas, que surgieron después de vivir este suceso traumático.

La pandemia del COVID-19, genero una situación especial de vulnerabilidad, ya que con la llegada de la pandemia se agudizaron los síntomas de depresión en los familiares, esto aunado a que el Estado ha sido omiso en garantizar y proporcionar servicios de atención médica a esta población que se ven obligados a dejar sus empleos, lo cual reduce sus ingresos e impacta en su sustento digno y afecta gravemente su estado de salud, el cual debe ser atendido en diversos casos por servicios privados al no contar coN seguridad social o servicios de salud públicos (Litigio Estratégico en Derechos Humanos, A.C. ,2021)

Conclusión

El desarrollo de enfermedades crónicas después de la desaparición forzada de un familiar es del 78.7%, el 45% solicito ayuda profesional, pero solo el 25% recibió la misma (Ortega, 2022). Siendo el afrontamiento del duelo, malestares orgánicos, estrategias familiares de recuperación, afrontamiento de la falta de apoyo legal y por parte de los demás

miembros de la familia y sociedad, algunos de los factores que repercuten en el desarrollo de enfermedades en las víctimas indirectas (Martínez, Cadenas, Vargas y Rivera, 2019)

Discusión

Los hallazgos de este trabajo sugieren que podría ser fructífero el explorar los efectos en la salud de los familiares de personas desaparecidas en función de una clasificación por estratos de edad, género y relación familiar, esto en función de promover la calidad de vida física, mental y social, ya que la desaparición forzada de un ser querido tiene impactos a múltiples niveles que varían de intensidad y frecuencia en la vida cotidiana de los familiares, así como en su entorno social.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Arksey y O`Malley L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int. J. Soc. Psychiatr. Res. Methodol,* **8**:19 32. doi: 10.1080/1364557032000119616

Centro Nacional de Planeación, Análisis e Información para el Combate a la Delincuencia. (2020). Estadística de personas desaparecidas no localizadas. Gobierno de México. https:// registros-desaparecidos.datacivica.orgs

Lenferink, L., de Keijser, J., Wessel, I., y Boelen, P. (2018). Cognitive-behavioral correlates of psychological symptoms among relatives of missing persons. International Journal of Cognitive Therapy, 11(3), 311-324. 10.1007/s41811-018-0024-y

Litigio Estratégico en Derechos Humanos, A.C. (30 de agosto de 2021). Afectaciones a los DESCA de familiares de personas desaparecidas durante la pandemia por COVID-19. https://www.idheas.org.mx/comunicaciones-idheas/noticias-idheas/afectaciones-a-los-desca-de-familiares-de-personas-desaparecidas-durante-la-pandemia-por-covid-19/

Manríquez Sánchez, P., Vargas Garduño, M., Cadenas Guzmán, I., y Rivera-Heredia, M. (2019). Vivencias de pérdida ambigua ante la desaparición forzada de un integrante de familia. In Crescendo, 10(2), 411 - 433. doi:https://doi.org/10.21895/incres.2019.v10n2.07

Ortega, F. Y. (17 de marzo de 2023). Estado falla en atender salud de familiares de desaparecidos: colectivos. La Jornada. https://www.jornada.com.mx/notas/2022/03/17/politica/estado-falla-en-atender-salud-de-familiares-de-desaparecidos-colectivos/

Salazar Serna, K., Mendoza Rivas, L. A., y Raesfeld, L. (2022). Vulnerabilidad y reconfiguraciones familiares. Experiencias de personas con familiares desaparecidos en Tamaulipas. Revista Guillermo de Ockham, 20(1), 93 109. https://doi.org/10.21500/22563202.5691

Sosa Jaramillo, G. T., y Serna Borja, L. Y. (2021). Manifestación del duelo en personas con familiares que han vivido la desaparición forzada en la ciudad de Medellín [Tesis de Doctorado, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/16329/1/TP_SosaGeraldinSernaL ennis_2021%20%281%29.pdf

POSTER 62

AUTORES/AUTHORS:

Bruno Magalhães[1,2] (https://orcid.org/0000-0001-6049-8646)

Ana Paula Moreira[3]

Isabel Borroso[1] (https://orcid.org/0000-0001-5112-6015)

Patrícia Pires[1,2] (https://orcid.org/0000-0003-1539-693)

Vítor Rodrigues[1,2] (https://orcid.org/0000-0002-2795-685X)

Filipe Gonçalves[4] (https://orcid.org/0000-0002-4423-7443)

1 - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), Vila Real, Portugal

2 - Centro Académico Clínico de Trás-os-Montes e Alto Douro (CACTMAD), Vila Real, Portugal

3 - Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto), Porto, Portugal

4 - Universidade da Coruña, Facultad de Ciencias de la Salud, Campuz de Oza, 15006, A Coruña, España

TÍTULO/TITLE:

Monitorização do risco nutricional e intervenção de enfermagem no doente oncológico: um estudo longitudinal

Palavras-chave: Malnutrição; Avaliação Nutricional; Estado Nutricional; Intervenção de enfermagem; Cancro

Objetivo(s):

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a malnutrição como uma deficiência, excesso ou desequilíbrio na ingestão de energia e/ou nutrientes (Dukhi, 2020). A malnutrição, cujo enfoque deste trabalho será a desnutrição, é um fenómeno muito comum em pessoas com cancro e pode ocorrer em todas as fases da trajetória da doença. A desnutrição afeta grande parte dos doentes oncológicos e está presente em mais de 80% dos doentes com doença avançada ou metastática (Muscaritoli et al., 2017).

A sua ocorrência pode ter um impacto negativo significativo nos resultados clínicos dos diferentes tratamentos do cancro ao nível da toxicidade, qualidade de vida e da sobrevivência (Baracos, Martin, Korc, Guttridge, & Fearon, 2018; Leiva Badosa et al., 2017), representando a principal causa de morte para 10% a 20% dos doentes oncológicos (Arends et al., 2017; Yeom & Yu, 2022). Assim, um doente com cancro bem nutrido, sem perda de peso pré-tratamento tem melhor qualidade de vida, menos efeitos colaterais ou toxicidades derivadas do tratamento do cancro e, como tal, maior adesão e eficácia dos tratamentos (Muscaritoli et al., 2021).

A prevenção, a identificação precoce dos doentes em risco de denutrição, o diagnóstico nutricional, a intervenção nutricional personalizada e a monitorização e seguimento são as medidas existentes para minimizar a ocorrência da desnutrição e suas consequências como a sarcopenia e a caquexia (Baracos et al., 2018).

As ações clínicas sequenciadas: rastreio do risco nutricional, avaliação do estado nutricional, intervenção nutricional especializada, monitorização e seguimento, apresentam-se como os cuidados nutricionais de excelência numa intervenção nutricional atempada e oportuna em todo o percurso da doença oncológica, devendo ser alvo de análise e reflexão que plasmem as boas práticas institucionais numa perspetiva de melhoria contínua dos cuidados prestados. Surgindo assim a seguinte questão: estarão os doentes oncológicos, a receberem a devida monitorização do risco nutricional e intervenção de enfermagem adequada aquando de um episódio de internamento hospitalar?

Métodos:

Foi conduzido um estudo descritivo, analítico e longitudinal, com a duração de cinco meses, num hospital público oncológico, localizado no norte de Portugal, inserido num projeto a longo prazo de melhoria contínua de boas práticas e da qualidade intitulado "*Projeto R.A.I.M. (Rastrear, Avaliar, Intervir, Monitorizar) – 4 passos contra a Malnutrição*", que procurará desenvolver e implementar uma norma de orientação clínica interna no que diz respeito ao rastreio e suporte nutricional da pessoa com doença oncológica. Nesta primeira fase do projeto procurou-se identificar o risco nutricional em todos os doentes internados quer na admissão, quer no decurso do internamento, bem como identificar os cuidados nutricionais prestados pela equipa de enfermagem.

A amostra deste estudo incluiu os doentes admitidos a um Serviço de Internamento de Oncologia Cirúrgica, no período compreendido entre 1 de março e 31 de julho de 2022. Foram incluídos todos os doentes admitidos ao serviço, com o objetivo de caracterizar a população em risco nutricional e respetivo acompanhamento nutricional pela equipa de enfermagem durante o período de internamento.

Todos os doentes admitidos no Serviço de Internamento de Oncologia Cirúrgica foram alvo de uma avaliação de rastreio nutricional no momento da admissão (T1). Durante o internamento, todos os doentes, foram sujeitos a avaliações periódicas (Peso, Índice de Massa Corporal - IMC e MUST) de 7 em 7 dias até ao momento da alta hospitalar (T2). Para aferição das intervenções nutricionais por parte dos enfermeiros, foram consideradas todos os diagnósticos e intervenções associados documentados nos processos clínicos dos doentes.A avaliação do risco nutricional foi realizada através da aplicação da ferramenta de rastreio MUST – *Malnutrition Universal Screening Tool* (Stratton et al., 2004), a qual permite em função dos scores obtidos identificar os doentes em risco de malnutrição de acordo com 3 categorias: 0 – baixo risco, 1 – risco médio, e 2 ou mais – alto risco. O peso foi avaliado através de uma balança analógica: SECA® (em quilogramas com uma casa decimal), sempre nas mesmas condições, recorrendo à mesma balança (em uso pelo serviço), no mesmo período do dia (após pequeno-almoço), com a mesma roupa e após dejeção e/ou micção. A altura foi registada em metros (com duas casas decimais) através de estadiómetro. Toda a equipa do serviço recebeu formação inicial sobre o objetivo do projeto, os instrumentos e procedimentos, procurando assegurar uniformidade na recolha de dados pela equipa interveniente.

Foi realizada uma análise descritiva expressa frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis qualitativas. Avaliou-se a normalidade das variáveis contínuas através dos coeficientes de assimetria e de

achatamento. Foram utilizados os testes estatísticos paramétricos e não paraméricos de acordo com o respeito dos princípios da normalidade da variável em estudo. Os dados foram analisados com recurso ao SPSS®, versão 28.0 para o *Windows*®. Um nível de significância de 5,0% foi considerado para os testes estatísticos realizados.

Resultados:

Entre 1 de Março de 2022 e 31 de Julho de 2022 foram admitidos 659 doentes no Serviço de Internamento de Oncologia Cirúrgica, 30 dos quais com mais de um episódio de internamento. A idade média de todos os doentes internados foi de 62.1 anos, sendo que 66.5% (n=438) dos doentes são do sexo feminino.

No momento da admissão 7% dos doentes (n=46) forma identificados com risco médio de malnutrição e 10% (n=69) com alto risco de malnutrição.

Dos 659 doentes incluídos neste estudo, 637 foram avaliados no momento da alta (risco nutricional, IMC, peso, dias de internamento). O tempo médio global de internamento foi de 7.6 dias, sendo que foi recolhida informação para 268 (ao final de 7 dias de internamento). Após 14 dias encontravam-se internados 93 doentes, após 21 dias 37 doentes e aos 28 dias 14 doentes. O tempo mínimo de internamento foi de 1 dia e o máximo de 68 dias.

Durante o período de internamento 14.0% (n=92) dos doentes internados receberam intervenção nutricional de enfermagem, e 21.5% (n=141) intervenção nutricional especializada (nutricionista). Do subgrupo que recebeu intervenção nutricional especializada foi prescrita suplementação nutricional oral a 18.3 % (n=26) dos doentes, nutrição entérica a 4.9% (n=7) e nutrição parentérica a 26.1% (n=37). Relativamente ao total de doentes alvo de intervenção nutricional em enfermagem (n=92): 43.5% foi realizada nos doentes avaliados em baixo risco pela MUST, 16.3% em doentes de risco médio e 40.2% em doentes de alto risco. Já o total de doentes alvo de intervenção nutricional especializada (n=141): 53.2% foi realizada nos doentes avaliados em baixo risco pela MUST, 11.3% em doentes de risco médio e 35.5% em doentes de alto risco.

Destaca-se que a intervenção nutricional de enfermagem e a intervenção nutricional especializada foram maioritariamente realizadas nos doentes do grupo *Digestivo*; estas representaram 94.5% (n=92) das intervenções de enfermagem realizadas e 90.8% (n=141) das intervenções nutricionais especializada realizadas durante o período em estudo. Em todos os grupos de Patologia/Diagnóstico foram identificados, em diferentes momentos de avaliação, doentes em risco nutricional que não foram alvo das diferentes intervenções diferenciadas.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para a variação ponderal entre os momentos T1 e T2 quando comparados o grupo de doentes submetidos a intervenção nutricional especializada (-3.6% ± 5.9) com o grupo de doentes não submetidos a intervenção (-1.6% ± 3.7) (t=3.377, p<0.001). Considerando o grupo-alvo de intervenção nutricional em enfermagem (-4.4% ± 5.7) e o grupo não submetido (-1.7% ± 4.3) foram igualmente encontradas diferenças (t=3.907, p<0.001).

Discussão:

A prevalência à data da admissão é elevada e pode aumentar durante a hospitalização porque a preocupação com o estado nutricional do doente e a intervenção nutricional são ainda muito baixas, mesmo em áreas como a oncologia, o que nos leva a crer que uma correta identificação do risco nutricional nas primeiras 24 horas, seguida de um plano de intervenção nutricional específico, é ainda uma prática muito limitada nos nossos hospitais, mas que o presente projeto procurará contrariar. Os dados encontrados em T0, pela aplicação do MUST, identificaram 18% dos doentes em risco médio/ alto de desnutrição, valores inferiores ao trabalho reportado por Amaral *et al.* (2010) (Amaral et al., 2010).

Para nossa surpresa, de todos os doentes identificados em risco médio/ alto de desnutrição apenas 35.4% foram alvo de intervenção nutricional, e 7.8% dos doentes em baixo risco pela MUST também o foram. As ferramentas de rastreio deverão ser práticas e de fácil aplicação, devendo ser aplicadas no momento da admissão e contemplar aspetos como: estado nutricional (pelo peso, altura, IMC), estabilidade ponderal (aferição da variação do peso), agravamento potencial ou impacto da doença sobre o estado nutricional.Os doentes identificados em risco médio ou alto de malnutrição deverão ser encaminhados para avaliação, para confirmação e acompanhamento nutricional especializado (Muscaritoli et al., 2021). No presente estudo, apenas 56.5 % dos doentes identificados em risco igual ou superior a 1 pela MUST tiveram intervenção nutricional de enfermagem, e 46.8% intervenção nutricional especializada. Estes dados refletem em parte o protocolo instituído no serviço, no qual o suporte nutricional especializado procura prevenir e atuar nas complicações resultantes da desnutrição, em particular nos doentes com patologia gastroesofágica e de cabeça e pescoço. Contudo vem reforçar a necessidade de atualizar o protocolo e os procedimentos instituídos para uma maior sensibilização de uma resposta diferenciada ou especializada para avaliação de todos os doentes rastreados e identificados como em risco, bem como uma reorganização estrutural do serviço de modo a possibilitar uma intervenção rápida aos pedidos de colaboração da equipa multidisciplinar especializada. Achando que uma demora na referenciação para estas intervenções, ou a ausência de intervenção, neste caso em particular dos doentes identificados em médio/alto risco, mas não foram sujeitos a intervenção de enfermagem (54.8%, n=63) ou nutrição (42.6%, n=49) poderão apresentar um agravamento do estado nutricional, com um potencial efeito de “camuflagem” no presente estudo, uma vez que se encontram diluídos no total dos avaliados em T1 e T2 com baixo risco.

Uma intervenção nutricional especializada nos doentes oncológicos deverá ser iniciada o mais precocemente e integrada no *continuum* de cuidados prestados, procurando sustentar ou minimizar o declínio do estado nutricional e a perda ponderal de peso, atenuar as alterações metabólicas associadas ao processo oncológico pelo estado crónico de inflamação e contribuir para uma maior tolerância ao leque de tratamentos disponibilizados aos doentes procurando melhorar a sua qualidade de vida ajustada à situação clínica.

Os dados aqui apresentados vêm reforçar a necessidade de se instituírem protocolos de rastreio e intervenção nutricional para uma maior sensibilização de uma resposta diferenciada ou especializada para avaliação

de todos os doentes rastreados e identificados como em risco, bem como uma reorganização estrutural do serviço de modo a possibilitar uma intervenção rápida aos pedidos de colaboração da equipa multidisciplinar especializada. Doentes com rastreio positivo deverão ser alvo de avaliação quantitativa e respetiva intervenção nutricional oportuna e dirigida, proporcionando-lhes os respetivos cuidados nutricionais a que têm direito.

BBILIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

Amaral, T. F., Matos, L. C., Teixeira, M. A., Tavares, M. M., Alvares, L., & Antunes, A. (2010). Undernutrition and associated factors among hospitalized patients. *Clin Nutr, 29*(5), 580-585. doi:10.1016/j.clnu.2010.02.004

Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., . . . Preiser, J. C. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr, 36*(1), 11-48. doi:10.1016/j.clnu.2016.07.015

Baracos, V. E., Martin, L., Korc, M., Guttridge, D. C., & Fearon, K. C. H. (2018). Cancer-associated cachexia. *Nat Rev Dis Primers, 4*, 17105. doi:10.1038/nrdp.2017.105 Dukhi, N. (2020). Global Prevalence of Malnutrition: Evidence from Literature. In M. Imran & A. Imran (Eds.), *Malnutrition*. doi:10.5772/intechopen.92006

Leiva Badosa, E., Badia Tahull, M., Virgili Casas, N., Elguezabal Sangrador, G., Faz Méndez, C., Herrero Meseguer, I., . . . Llop Talaveron, J. M. (2017). Hospital malnutrition screening at admission: malnutrition increases mortality and length of stay. *Nutr Hosp, 34*(4), 907-913. doi:10.20960/nh.657

Muscaritoli, M., Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., . . . Bischoff, S. C. (2021). ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr, 40*(5), 2898-2913. doi:10.1016/j.clnu.2021.02.005

Muscaritoli, M., Lucia, S., Farcomeni, A., Lorusso, V., Saracino, V., Barone, C., . . . Marchetti, P. (2017). Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. *Oncotarget, 8*(45), 79884-79896. doi:10.18632/oncotarget.20168

Stratton, R. J., Hackston, A., Longmore, D., Dixon, R., Price, S., Stroud, M., . . . Elia, M. (2004). Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' ('MUST') for adults. *Br J Nutr, 92*(5), 799-808. doi:10.1079/bjn20041258

Yeom, E., & Yu, K. (2022). Understanding the molecular basis of anorexia and tissue wasting in cancer cachexia. *Exp Mol Med, 54*(4), 426-432. doi:10.1038/s12276-022-00752-w

Outros aspetos do trabalho: O estudo obteve aprovação institucional.

NOS VEMOS EN CASTELLÓN 2024

Márcalo en tu calendario