

XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados y VII Jornada Internacional de Doctorandos: Libro de ponencias

Tabla de contenidos

1. Lenguajes Enfermeros Estandarizados en Atención Primaria: comprendiendo la experiencia de uso de las profesionales para mejorar los cuidados	5
2. Traducción, adaptación cultural y validación del cuestionario Inflammatory Bowel Disease Knowledge (IBD-KNOW) al español.	7
3. Influencia del estrés y el apoyo social en la aparición de brotes en la enfermedad de Crohn: un modelo predictivo	9
4. Afrontamiento y Enfermedad Inflamatoria Intestinal	11
5. Agentes de cambio para implantar guías de buenas prácticas de RNAO	13
6. Satisfacción con la atención de enfermería en personas con enfermedad renal crónica avanzada	15
7. De estrés a estresores: Cambiando el foco de la valoración emocional parental en las unidades de críticos pediátricos. ...	18
8. Vivencias de pacientes, familiares y profesionales sanitarios en sesiones de musicoterapia en cuidados intensivos: un análisis fenomenológico cualitativo	21
9. Efectividad de una entrevista motivacional para el alivio de la ansiedad pre y post operatoria y el dolor postoperatorio. ...	24
10. Mejorar la calidad en cuidados implantando guía RNAO “Prevención de caídas y lesiones derivadas”.	26
11. Factores predictivos de burnout y work engagement en enfermería de quirófano: revisión sistemática	29
12. Sexualidad y calidad de vida en personas portadoras de una ostomía. Una revisión sistemática.	31
13. Percepción del bienestar subjetivo en pacientes en hemodiálisis: relación con factores clínicos y psicosociales.	34
14. Valoración de la implantación de la guía BPSO® Acceso Vascular en Atención Primaria	37
15. Información adquirida en la atención prenatal: estudio comparativo entre primigestas y multigestas en el 1.er y 3.er trimestre	39
16. Continuidad de cuidados, uso de servicios de urgencias e ingresos hospitalarios en pacientes con visitas a domicilio. ...	42
17. Estimulación sensorial durante la atención a la alimentación: Impacto nutricional en pacientes con deterioro cognitivo	44
18. Beyond boundaries: internationalization “at home” through virtual exchange at universities from the European Higher Education Area	48
19. Implantación del Informe de Continuidad de Cuidados Estructurado con Lenguaje Enfermero	50
20. Radiografía de la Humanización en Cuidados de Enfermería desde la Voz del Paciente en un hospital terciario	53
21. Estudio multicéntrico del impacto del cáncer en la calidad de vida de personas en hemodiálisis.	56
22. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de la población de una Zona Básica de Salud. Metodología mixta.	60
23. Promoción de la competencia investigadora en especialistas en formación de enfermería en el Departamento de Salud de Navarra de 2018 a 2024.	64
24. Conocimiento en prevención de lesiones por presión en los impulsores de la guía de buenas prácticas previa implantación.	66
25. Prescripción de ejercicio físico en personas con patología oncológica: evaluación de conocimientos del estudiantado de ciencias de la salud.	71
26. El impacto de los tratamientos oncológicos en la memoria y en el rendimiento cognitivo	73
27. Validez de la escala Downton como predictor de caídas en un hospital de media estancia	75
28. Factores de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados en una unidad de media estancia	77
29. Evaluación inicial de indicadores relacionados con el dolor en una unidad médica (Proyecto SUMAMOS Excelencia®) ...	79
30. Programa de Aprendizaje Servicio basado en la Valoración Geriátrica Integral y la Promoción de la Salud: proyecto	

GEROS	81
31. Influencia de la implantación de la guía de prevención de caídas en un hospital de tercer nivel.	84
32. Resultados académicos y satisfacción de estudiantes en la historia de la enfermería: Transformando el aprendizaje ...	88
33. Bienestar psicológico y carga de los cuidadores informales	91
34. Impacto de la atención multiprofesional en binomios madre-lactante con disfunciones orofaciales: un estudio de intervención.	94
35. Estudio multicéntrico sobre la percepción y conocimiento de las indicaciones de uso de las barandillas laterales.	96
36. Implementación de la metodología enfermera en el área de materno-infantil: informatización de los planes de cuidados	98
37. Implantación de una guía de buena práctica sobre manejo del dolor en pacientes quirúrgicos: resultados a largo plazo.	100
38. Grado de conocimiento de salud cardiovascular y uso de dispositivos wearables en deportistas amateur.	104
39. Cribado para la detección precoz de la fragilidad en el ámbito hospitalario.	106
40. Valoración de la eliminación urinaria en Geriatría: Estudio preimplantación de la Guía RNAO® de manejo vesical.	109
41. Actividad "Encuentros" en el Liderazgo Transformacional. Identificando Necesidades y Mejoras en el Equipo de Enfermería.	112
42. Eficacia de una herramienta digital para la formación en autoconocimiento en estudiantes de enfermería	115
43. Análisis del impacto de la Enfermera Clínica de Transición de Pacientes Crónicos en Urgencias: una experiencia en hospital comarcal	117
44. Valoración y seguimiento del pie diabético en atención primaria a través de la plataforma CAREVID: análisis multicéntrico 2021-2024	120
45. Análisis de la red social de transferencia del conocimiento en la implantación de una guía de buenas prácticas para el cuidado de ostomías.	124
46. Vivencias y desafíos de los cuidadores informales: una mirada desde sus propias voces	126
47. Árboles de clasificación para modelos predictivos y/o explicativos: tres casos aplicados en investigación en Enfermería	129
48. Unidad de investigación en cuidados: fortaleciendo la investigación en salud.	131
49. Desarrollo de un kit de herramientas para abordar inclusión y género en alfabetización digital en salud: Proyecto IDEAHL	133
50. Revisión de la implantación de un plan integral para evitar caídas durante el ingreso hospitalario.	135
51. Implementación efectiva de una guía de Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida	138
52. Análisis de atributos y conocimientos en impulsores del cambio: una estrategia para fortalecer equipos en la implementación de buenas prácticas	140
53. Experiencia del paciente en la conciliación de la medicación durante la transición entre el hospital y atención primaria.	142
54. Liderazgo de la Enfermera de Práctica Avanzada en un Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular: Resultados Iniciales de la actividad asistencial	144
55. Nurse Practitioner-Physician Collaborative Practice Care Models in Long-Term Care Settings – Scoping Reviews	146
56. Percepciones de enfermeras sobre el uso de inteligencia artificial en la toma de decisiones clínicas: síntesis de estudios cualitativos	147
57. Conocimientos sobre la maniobra de Heimlich en padres en la ciudad de Madrid	149
58. Intervenciones centradas en la familia y mejora de resultados en salud de pacientes en UCI adultos. Una revisión rápida.	151
59. Implementación de un listado de verificación para la transferencia de información en el cambio de turno de enfermería	

.....	153
60. Formación en eutanasia: percepciones de los/as estudiantes de enfermería tras la entrada en vigor de la ley reguladora.	155
61. Jornada de difusión BPSO® en la Universidad: una estrategia para fomentar la implicación de los estudiantes en la práctica basada en la evidencia	157
62. ¿Influye la nacionalidad de la madre en el tipo de lactancia al recién nacido?	159
63. Implementación de la Guía de Buenas Prácticas sobre Acceso Vascular de la RNAO en la OSI Debarrena	161
64. Impacto del alojamiento conjunto en la satisfacción de madres lactantes	164
65. La enfermera escolar en la prevención y abordaje de la obesidad infantil: revisión sistemática	167
66. Valoración del índice de masa corporal en pacientes con parálisis cerebral	169
67. ¿Qué piensan nuestros mayores sobre el derecho a la eutanasia?	172
68. Satisfacción del paciente en el triaje de urgencias: evaluación y factores asociados en un hospital de referencia en Girona	174
69. Automatización de Datos de Enfermería con Herramientas Básicas: Innovación para la Gestión Asistencial	176
70. Estrategia de Prevención del Maltrato a la Mujer mediante Guía BPSO® en Urgencias de Alta Complejidad	177
71. Comparación de la terapia eléctrica transcraneal online y offline en pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo mayores de 65 años	179

Lenguajes Enfermeros Estandarizados en Atención Primaria: comprendiendo la experiencia de uso de las profesionales para mejorar los cuidados

Sánchez Ruano, R.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Nursing Diagnosis, Primary Health Care, Community Health Nursing, Tool Use Behavior, Professional Practice and Qualitative Research

Resumen

Objetivo

Comprender e interpretar la experiencia de enfermeras en el uso de Lenguajes Enfermeros Estandarizados (LEE) en Atención Primaria (AP), identificando barreras y facilitadores para su integración en la práctica clínica.

Métodos

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. Muestreo intencional y teórico mediante técnica de bola de nieve. Análisis temático.

Se realizaron 3 grupos focales (dos de enfermeras asistenciales y uno de docentes/investigadores) y 14 entrevistas semiestructuradas a asistenciales, docentes, investigadores y gestores.

Resultados

Participaron mayoritariamente mujeres entre 27 y 71 años, que trabajaban en el ámbito público, principalmente en entornos urbanos y con trayectorias profesionales entre 3 y 41 años.

Emergieron tres temas principales:

Estandarización del lenguaje

La estandarización se valoró como motor del desarrollo disciplinar y aprovechamiento de datos en la Historia Clínica. NANDA-I fue la taxonomía más utilizada, destacando por su actualización bianual e internacionalidad. Estos mismos aspectos, junto con la complejidad y costes asociados, generaron ambivalencia considerándose como fortalezas o barreras. Se mencionaron otras taxonomías como ATIC y SNOMED

Aplicabilidad práctica

Utilidad percibida y usabilidad: ambivalencia entre el reconocimiento de su potencial y el desconocimiento sobre su impacto en salud, así como por su no obligatoriedad y carencias en los sistemas de registro (interfaz, poco amigable, ausencia de herramientas de ayuda clínica, buscadores e indicadores visuales). Se valoró su utilidad en continuidad asistencial y cronicidad.

Formación: percibida como escasa, teórica y biomédica, sin foco en las necesidades de cuidado. Se cuestionó la tendencia a vincular automáticamente diagnósticos médicos y diagnósticos enfermeros. Se propuso un modelo transversal, práctico y ajustado al tiempo de consulta, reduciendo la brecha teórico - práctica.

Cuidadología:

Se destacó la necesidad del liderazgo en todos los ámbitos para fortalecer la identidad profesional y reflexionar sobre el rol enfermero con una actitud autocrítica.

Se subrayó la importancia de entornos organizativos que prioricen la formación en respuestas humanas, permitan aplicar esta metodología y redefinan la productividad hacia resultados en salud, teniendo en cuenta las necesidades de la

población.

Se abogó por desarrollar la investigación en cuidados y la epidemiología del cuidado centrada en la persona.

Discusión

Los LEE se perciben como una herramienta con alto potencial para la investigación, la continuidad asistencial y la mejora de resultados en salud. Su integración requiere estrategias coordinadas entre docentes, clínicos y gestores, enfocada a reforzar su aplicabilidad práctica.

Es clave impulsar un liderazgo enfermero capaz de generar consenso y fomentar entornos organizativos favorables, así como mejorar los sistemas informáticos y revisar los modelos de consulta actuales.

Las barreras y propuestas identificadas pueden guiar la elaboración de estrategias eficaces para implementar los LEE en AP, contribuyendo al desarrollo de la investigación en cuidados, a una mejor identificación de necesidades poblacionales y a la medición del impacto en salud de las intervenciones enfermeras.

Autores/as

Sánchez-Ruano R, Rico-Blazquez M, Pascual-García M, López-Paterna P, Lozano-Hernández CM, Herranz-Pires A. Lenguajes Enfermeros Estandarizados en Atención Primaria: comprendiendo la experiencia de uso de las profesionales para mejorar los cuidados. XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Toledo 2025.

Referencias

- ¹ Lee T-T. Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. *J Clin Nurs*. 2005;14:640-7.
- ² Kautz DD, Van Horn ER. An exemplar of the use of NNN language in developing evidence-based practice guidelines. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2008;19:14-9
- ³ Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Esnaola-Herrero MV, Asurabarrena-Iraola C. Retrospective study of the implementation of the nursing process in a health area. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21:1049-53
- ⁴ Novo Muñoz MM, Rodríguez Novo N, Rodríguez Novo YM, Rodríguez Gómez JÁ, Ortega Benitez AM, Rey Luque O, et al. Análisis de la implantación de lenguaje enfermero en centros con historia clínica electrónica. *Ene Revista de Enfermería*. 2018;12
- ⁵ Ruymán Brito Brito P. Cuidadología: pensamientos sobre el nombre de nuestra disciplina. *Ene*. 2017;11:0-0
- ⁶ Rodríguez-Álvaro M, Fernández-Gutiérrez DÁ, Cabeza-Mora A, Barrios-Torres R, Brito-Brito PR. Care Needs of Highly Complex Chronic Patients in the Canary Islands: An Observational Study. *Nurs Rep*. 2022;13:1-16

Traducción, adaptación cultural y validación del cuestionario Inflammatory Bowel Disease Knowledge (IBD-KNOW) al español.

Casanovas Marsal, J. O.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Enfermedades Inflammatorias del Intestino; Encuestas y Cuestionarios; Automanejo; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud

Resumen

OBJETIVO: Traducir, adaptar culturalmente y validar el cuestionario Inflammatory Bowel Disease Knowledge (IBD-KNOW) al español.

METODOLOGÍA: Prueba piloto observacional, transversal y analítica de 30 pacientes mayores de 18 años, diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) con >1 año de evolución, en remisión clínica y en tratamiento y seguimiento en la Unidad de Atención Integral de EII de un hospital de tercer nivel entre el 01/03/2025–30/04/2025. Para la valoración del conocimiento de la EII se realizó una traducción al español y adaptación cultural siguiendo el proceso propuesto por the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation compuesto en ocho fases: traducción directa, síntesis, retrotraducción, armonización, prueba cognitiva (pilotaje), análisis del feedback, corrección lingüística y redacción final. Paralelamente se registraron las variables sociodemográficas, los parámetros evolutivos de control de la enfermedad y las variables relacionadas con el conocimiento y las de su conocimiento de la enfermedad y tratamiento. Para la validez del contenido se usó el coeficiente V de Aiken, para la fiabilidad interna, el coeficiente alfa de Cronbach y para la fiabilidad test-retest, el coeficiente de correlación intraclass (CCI). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del centro. El análisis estadístico se realizó mediante Jamovi® 2.3.13.

RESULTADOS: La participación total fue de 30 pacientes, el 50% fueron mujeres. La media total de edad fue de $44,21 \pm 15,05$ años, de peso $70,73 \pm 14,58$ Kg, de talla $1,70 \pm 0,12$ m, de IMC $24,43 \pm 3,96$ de PCR $0,71 \pm 1,48$ mg/dL, de calprotectina fecal $169,95 \pm 252,29$ µg/g, de hemoglobina $14,18 \pm 1,36$ g/dL y de albúmina sérica $4,45 \pm 0,37$ g/dL. Respecto a la Enfermedad de Crohn (EC), la localización fue en un 40% en enfermedad ileal mayoritariamente, según comportamiento, el 53,30% presentaba un patrón inflamatorio mayoritariamente y según tratamiento, el más frecuente fue la terapia mixta (33,30%) con adalimumab e infliximab. Respecto a la Colitis Ulcerosa, según extensión el 53,30% presentó colitis extensa mayoritariamente y según tratamiento, el más frecuente fue la terapia única con mesalazina oral (40%). Respecto al cuestionario IBD-KNOW en español, la validez fue de $\alpha=0,74$ y una fiabilidad del CCI = 0,80. La puntuación media obtenida en el test-retest fue de $5,87 \pm 1,53$ y $6,04 \pm 1,77$ ($-0,871$; $p=0,39$) (escala 0-10) y del tiempo medio de cumplimentación $10,43 \pm 13,73$ y $7,67 \pm 5,07$ minutos ($175,50$; $p=0,736$). No se hallaron ni diferencias ni correlaciones entre el test-retest y entre el conocimiento de la enfermedad o del tratamiento y la puntuación total del cuestionario.

DISCUSION: La versión española del cuestionario IBD-KNOW es un instrumento válido y fiable para evaluar el conocimiento sobre la EII en pacientes adultos en remisión. Su aplicación en entornos clínicos permite identificar lagunas de conocimiento (1) que podrían abordarse desde la educación terapéutica, fomentando el empoderamiento y la toma de decisiones informadas por parte del paciente (2-7). Esto podría traducirse en una mejor adherencia al tratamiento y un mayor control de la enfermedad a largo plazo (8,9). Como línea futura de investigación se realizará la validación nacional y multicéntrica del IBD-KNOW al español.

Autores/as

Casanovas-Marsal J-O, Corsino P, Garcia S, Vicente R, Sierra E, Gallego S, Casas D, Vicente L, Lafarga-Molina L. TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN CULTURAL Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO INFLAMMATORY BOWEL DISEASE KNOWLEDGE (IBD-KNOW) AL ESPAÑOL. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

¹ Kemp K, Dibley L, Chauhan U, Greveson K, Jäghult S, Ashton K, et al. Second N-ECCO Consensus Statements on the European Nursing Roles in Caring for Patients with Crohn's Disease or Ulcerative Colitis. J Crohns Colitis [Internet]. 28 de junio de 2018;12(7):760-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjy020>

² March Cerdà JC. Empowered patients for greater confidence in the health system. *Revista de calidad asistencial* [Internet]. 2015;30(1):1-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.CALI.2015.01.001>

³ Berding A, Witte C, Gottschald M, Kaltz B, Weiland R, Gerlich C, et al. Beneficial Effects of Education on Emotional Distress, Self-Management, and Coping in Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Prospective Randomized Controlled Study. *Inflamm Intest Dis* [Internet]. 2017;1(4):182-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000452989>

⁴ Haapamäki J, Heikkinen E, Sipponen T, Roine RP, Arkkila P. The impact of an adaptation course on health-related quality of life and functional capacity of patients with inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* [Internet]. 2018;53(9):1074-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00365521.2018.1500639>

⁵ Jäghult S, Larson J, Wredling R, Kapraali M. A multiprofessional education programme for patients with inflammatory bowel disease: A randomized controlled trial. *Scand J Gastroenterol* [Internet]. 2007;42(12):1452-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00365520701439685>

⁶ Walkiewicz D, Saha S, Garrison J. Web-based and mobile phone technologies are effective methods for increasing disease-related knowledge in adolescents with Inflammatory Bowel Disease: P-141. *Inflamm Bowel Dis* [Internet]. 2011;17(Suppl_2):S55-S55. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00054725-201112002-00175>

⁷ Kennedy A, Robinson A, Hann M, Thompson D, Wilkin D. A cluster-randomised controlled trial of a patient-centred guidebook for patients with ulcerative colitis: effect on knowledge, anxiety and quality of life. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2003;11(1):64-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2003.00399.x>

⁸ Beléndez-Vázquez M, Hernández-Mijares A, Horne R, Weinman J. Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire. *Int J Clin Health Psychol* [Internet]. 2007;7:767-79. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770313.pdf>

⁹ Masachs M, Casellas F, Malagelada JR. Spanish translation, adaptation, and validation of the 32-item questionnaire on quality of life for inflammatory bowel disease (IBDQ-32). *Revista española de enfermedades digestivas* [Internet]. 2007;99(9):511-9. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/s1130-01082007000900006>

Influencia del estrés y el apoyo social en la aparición de brotes en la enfermedad de Crohn: un modelo predictivo

de Dios Duarte, M. J.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Enfermedad de Crohn, Brotes, Estrés, Apoyo Social, Modelo Predictivo.

Resumen

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn es un trastorno intestinal crónico y debilitante que alterna entre remisión y brotes activos, lo que a menudo requiere hospitalización. Se sabe que el apoyo social mejora la adaptación a la enfermedad y modula la percepción del estrés en los pacientes, mientras que el estrés puede exacerbar los síntomas.

OBJETIVO

Examinar el papel del estrés percibido y el apoyo social en la enfermedad de Crohn y su impacto en la frecuencia de los brotes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal que evaluó el estrés y el apoyo social en una cohorte de 106 pacientes con enfermedad de Crohn durante las fases de brote y remisión (50 en fase activa y 56 en fase de remisión de la enfermedad). Se utilizaron un cuestionario sociodemográfico, la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) y un Cuestionario de Apoyo Social.

RESULTADOS

La prueba t de Student indicó que las diferencias entre las medias de estrés de los sujetos entre los dos grupos de pacientes eran estadísticamente significativas ($p = 0,008$) en el caso de alto apoyo social. Advirtiéndose que la media en los pacientes en fase de brote era más alta ($M=28.21; 19.45$). También mediante el análisis de correlación de variables para el grupo de pacientes con enfermedad de Crohn en fase de remisión, se observó que existía una correlación negativa significativa ($r = -0,476; p < 0,05$) entre las variables apoyo social y estrés. Así mismo, con el análisis de regresión logística binaria se identificó un modelo predictivo de efectos principales estadísticamente significativo ($\chi^2 = 7,798; p = 0,005$), de manera que la existencia de brote se relaciona con el nivel de estrés y el apoyo social.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se evidencia que las personas con EC que experimentan brotes presentan niveles elevados de estrés. También que las personas con EC en fase de remisión presentan niveles más bajos de estrés. Se confirma el efecto modulador del apoyo social sobre el estrés. Además, se confirma el efecto beneficioso del apoyo social en términos de ajuste a la enfermedad. Consideramos que se deberían realizar intervenciones que promuevan el aumento del apoyo y la red de apoyo social de modo que las personas que tienen esta dolencia puedan beneficiarse de su efecto directo y su efecto modulador sobre el estrés (efecto indirecto). También proponemos intervenciones directas sobre el estrés para reducirlo. Estas intervenciones retrasarían la aparición de recaídas en la enfermedad, mejorarían la situación de salud de estas personas y participarían en la reducción de las consecuencias devastadoras que producen los brotes.

Autores/as

de Dios Duarte, M.J. Influencia del estrés y el apoyo social en la aparición de brotes en la enfermedad de Crohn: un modelo predictivo. En XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Cobb, S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom. Med.* 1976, 38, 300-314.
- ² Hobfoll, S.E. The limitations of social support in the stress process. In *Social Support: Theory, Research and Application*; Sarason, I.G., Sarason, B.R., Eds.; Nijhoff: The Hague, The Netherlands, 1985; pp. 391-414.
- ³ Lazarus, R.S.; Folkman, S. *Estrés Y Procesos Cognitivos*; Martínez Roca: Barcelona, Spain, 1986.
- ⁴ Barrón, A.; Chacón, F. Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Investig. Psicol.* 1990, 8, 197-206.
- ⁵ Oligschlaeger, Y.; Yadati, T.; Houben, T.; Oliván, C.M.C.; Shiri-Sverdlov, R. Inflammatory Bowel Disease: A Stressed "Gut/Feeling". *Cells* 2019, 8, 659.
- ⁶ Ortigosa, L. Concepto actual y aspectos clínicos de la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa. *Colomb. Med.* 2005, 36, 16-24.
- ⁷ Cassel, J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *Am. J. Public Health* 1974, 64, 1040-1043.
- ⁸ Remor, E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span. J. Psychol.* 2006, 9, 86-93.
- ⁹ Díaz-Veiga, P. Evaluación del apoyo social. In *El Ambiente. Análisis Psicológico*, 3rd ed.; Fernández-Ballesteros, R., Ed.; Pirámide: Madrid, Spain, 1987; pp. 125-149.
- ¹⁰ Fogelman, N.; Hwang, S.; Sinha, R.; Seo, D. Social Support Effects on Neural Stress and Alcohol Reward Responses. *Curr. Top. Behav. Neurosci.* 2022, 54, 461-482.

Afrontamiento y Enfermedad Inflamatoria Intestinal

de Dios Duarte, M. J.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Afrontamiento, Afrontamiento activo, Afrontamiento pasivo.

Resumen

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) implica básicamente dos trastornos inmunitarios crónicos del tracto digestivo caracterizados por inflamación aguda y crónica. Estas dos afecciones son la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. Estas enfermedades afectan significativamente la vida de los pacientes diagnosticados, debido a su carácter crónico y en ocasiones incapacitante con la aparición de brotes y remisiones de la patología.

El afrontamiento incluye los procesos cognitivos y comportamientos específicos que el paciente utiliza cuando se enfrenta al estrés de vivir con una enfermedad crónica.

OBJETIVO

Explorar el papel del afrontamiento en la enfermedad inflamatoria intestinal.

MÉTODOS

En este estudio se incluyeron un total de 182 participantes (90 personas sanas y 92 personas con enfermedad inflamatoria intestinal en fase de remisión). Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Tobin y colaboradores.

El análisis estadístico se realizó a través del análisis de frecuencias para estudiar las variables cualitativas, medidas de tendencia central (media y desviación estándar) para las variables cuantitativas y la T de Students para muestras independientes con el fin de establecer las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados.

RESULTADOS

Entre nuestros resultados hemos encontrado que indican que las personas con EII utilizan más las estrategias centradas en la emoción y el estilo de afrontamiento pasivo que las personas sanas ($M= 25.03$; $M=21.77$; $p=0.044$). Así mismo, que las personas sanas centran sus estrategias de afrontamiento en el problema, de tal modo que hacen uso de estrategias adaptativas, frente a las personas con EII ($M= 15.61$; $M=9.81$; $p=0.004$). Además, las personas con EII utilizan menos el apoyo social que las personas que conformaron el grupo control ($M= 10.61$; $M=13.67$; $p=0.03$). Y, también que, las personas con EII utilizan más la retirada social que las personas sanas ($M= 8.67$; $M=4.47$; $p=0.001$).

DISCUSIÓN

En este trabajo se confirman las hipótesis establecidas inicialmente. Se muestra que los pacientes con EII utilizan más estilos de afrontamiento desadaptativos que las personas sanas. También que, no cuentan con una red de apoyo social que les permita asumir mejor la gestión de su enfermedad y el ajuste a la misma. Se proponen intervenciones dirigidas al desarrollo de estrategias de afrontamiento activo y el desarrollo de una red social potente que les permita afrontar y mejorar el ajuste a su enfermedad y la mejor gestión de la misma por los efectos beneficiosos del afrontamiento adaptativo y el apoyo social.

Autores/as

de Dios Duarte, M.J. Afrontamiento y Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En XXIX Encuentro Internacional de Investigación

en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Lazarus, RS; Folkman, S. Estrés, evaluación y afrontamiento; Springer: Nueva York, NY, EE. UU., 1984.
- ² Tobin, DL; Holroyd, KA; Reynolds, RV; Wigal, JK. La estructura jerárquica de factores del inventario de estrategias de afrontamiento. Cogn. Ther. Res. 1989, 13, 343-361.
- ³ de Dios Duarte, MJ; Barrón López de Roda, A.; Arias Astray, A.; Cárdenas Valladolid, J. Influencia de factores psicosociales en la enfermedad de Crohn. Culto. Cuido. (Ed. Digit.) 2019, 23, 232-242.
- ⁴ David, L.; Stanculete, MF; Bolba, AR; Chiaroni, G.; Barsan, M.; Popa, SL. Estrategias de afrontamiento y síndrome del intestino irritable: una revisión sistemática. J. Gastrointest. Liver Dis. 2021, 30, 485-494.
- ⁵ Bernstein, CN; Fried, M.; Krabshuis, J. H.; Cohen, H.; Eliakim, R.; Fedail, S.; Gearry, R.; Goh, KL; Hamid, S.; Khan, AG; et al. Guías de práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología para el diagnóstico y el tratamiento de la EI en 2010. Inflamm. Bowel Dis. 2010, 16, 112-124.

Agentes de cambio para implantar guías de buenas prácticas de RNAO

Cidoncha Moreno, M. A.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Waring J, Crompton A. A 'movement for improvement'? A qualitative study of the adoption of social movement strategies in the implementation of a quality improvement campaign. *Sociology of Health & Illness*. 2017; 39(7): 1083-1099 doi: 10.1111/1467-9566.12560

Resumen

Introducción:

La incorporación de buenas prácticas e innovaciones en las organizaciones sanitarias es fundamental para elevar la calidad de la atención. Los líderes que han de movilizar y contagiar a los profesionales son fundamentales para movilizar el sistema y para lograr cambios efectivos. Estrategias que promuevan el movimiento social y el liderazgo transformacional, fomentan una cultura de innovación, mejora continua y adopción de nuevas prácticas.

En el Programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO®), el Marco de Acción del Movimiento Social ilustra cómo conseguir la adopción del conocimiento y su sostenibilidad.

Conocer los atributos y conocimientos de líderes puede ayudar a planificar y apoyar los procesos de cambio de manera más efectiva y conseguir que el cambio sea deseado, compartido y alimentado en acciones que fomenten el compromiso y la adhesión a las buenas prácticas.

Objetivo: Fortalecer la movilización los profesionales a través del conocimiento de los atributos y conocimientos de líderes para integración de las buenas prácticas en el quehacer profesional

Método:

Estudio descriptivo a líderes que acuden a un curso de capacitación en el programa BPSO. Instrumento de medida: Cuestionario para evaluar atributos y conocimientos de líderes (herramienta RNAO) en la que se analizan características personales y conocimiento en contenidos y contexto. Cada ítem se valora con escala de 1 al 5 (muy en desacuerdo-muy de acuerdo). Se realiza estadística descriptiva de variables.

Resultados:

Participan 51 líderes de 8 organizaciones sanitarias. La puntuación total media como agente de cambio fue: 3,87 (media en características personales 4,08; conocimiento en contenidos 3,58; conocimiento en contexto 3,95)

Las características personales con menor puntuación fueron: "ejerces influencia clave" y "buen comunicador".

En relación al conocimiento los ítems con menor puntuación fueron "proceso de cambio (por ejemplo, marco de aplicación)" y "comprender el contexto local"

Conclusiones:

El Host acompaña y forma a las/os profesionales en la implantación de buenas prácticas, cultura de participación y colaboración interdisciplinar. Detectar necesidades y áreas de profundización permitirá progresar en la movilización y buenas prácticas desde una perspectiva de cuidado. Precisa trabajarse la percepción de liderazgo y conocimiento en procesos de cambio para lograr los objetivos propuestos.

Estrategias que fomentan el movimiento social, el liderazgo participativo y una cultura organizacional que valore la innovación son clave para superar las barreras al cambio.

Autores/as

Cidoncha-Moreno MA, Gárate-Echenique L, Abad-García R. Agentes de cambio para implantar guías de buenas prácticas de RNAO. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

¹ Grinspun D, Wallace K, Li S-A, McNeill S, Squires J. Leading change through social movement. *Registered Nurse Journal*. 2020; 32(1), 15

² Grinspun D, Wallace K, Li SA, McNeill S, Squires JE, Bujalance J, D'Arpino M, De Souza G, Farshait N, Gabbay J, Graham ID, Hutchinson A, Kinder K, Laur C, Mah T, Moore JE, Plant J, Ploquin J, Ruiter PJA, St-Germain D, Sills-Maerov M, Tao M, Titler M, Zhao J. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: A concept analysis. *Int J Nurs Sci*. 2022 Sep 6;9(4):411-421. doi: 10.1016/j.ijnss.2022.08.003

Satisfacción con la atención de enfermería en personas con enfermedad renal crónica avanzada

Sitjar Suñer, M.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, Atención de enfermería, Satisfacción

Resumen

Resumen

Objetivo: Evaluar la satisfacción general de las personas con enfermedad renal crónica avanzada respecto a la atención de enfermería en atención primaria, explorando además diferencias según variables sociodemográficas y clínicas

Método: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico en 2023 con 189 participantes diagnosticados de ERC avanzada (TFG 15-29 ml/min/1,73m²). Se incluyeron adultos en seguimiento en atención primaria durante al menos seis meses. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, y la satisfacción con la atención de enfermería se evaluó con una escala Likert de 0 a 10. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva y pruebas bivariadas, con un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados: La edad media fue de 79,7 años (DE=12,6); el 54,5% eran mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (89,8%), enfermedad cardiovascular (52,4%) y diabetes mellitus (41,3%). La puntuación media de satisfacción global fue 7,89 (DE=1,2). Las mujeres reportaron mayor satisfacción que los hombres (8,02 vs 7,58; $p=0,048$). Se observó una tendencia hacia mayor satisfacción en personas con hospitalizaciones previas, aunque sin alcanzar significación estadística.

Discusión y Conclusión: Las personas con ERC avanzada muestran un nivel globalmente favorable de satisfacción con la atención de enfermería en atención primaria. Las diferencias por sexo y la tendencia en relación con hospitalizaciones refuerzan la importancia del acompañamiento continuo y del rol de enfermería en situaciones de mayor vulnerabilidad clínica. Estos hallazgos destacan la necesidad de fortalecer programas de seguimiento y educación sanitaria en el ámbito comunitario, orientando mejoras en la calidad asistencial y futuras investigaciones.

Autores/as

Autores: Miquel Sitjar Suñer; Rosa Suñer Soler; Afra Masià Plana; Glòria Reig Garcia; Javier Pericot Mozo; Neus Aguilar Mas

Título de la comunicación: Satisfacción con la atención de enfermería en personas con enfermedad renal crónica avanzada

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un importante desafío para la salud pública a nivel mundial. Su prevalencia ha aumentado de manera sostenida en las últimas décadas, asociándose con altas tasas de morbimortalidad, deterioro en la calidad de vida y elevados costes sanitarios. En fases avanzadas, la ERC no solo conlleva complicaciones metabólicas y cardiovasculares, sino que también implica una mayor dependencia de la atención sanitaria. En este contexto, la percepción de la enfermedad por parte de las personas suele ser baja, lo que limita la adherencia a las recomendaciones terapéuticas y la adopción de estilos de vida saludables (1,6).

El rol del personal de enfermería en la atención primaria de salud adquiere una relevancia central, ya que es el primer punto de contacto con los servicios sanitarios y el que mantiene mayor continuidad en el seguimiento de las personas con enfermedades crónicas. La enfermería no solo proporciona cuidados clínicos, sino que también desempeña un papel educativo fundamental, fomentando la autogestión y promoviendo conductas de autocuidado (2,3). Evaluar la satisfacción de las personas con la atención de enfermería recibida resulta clave para identificar áreas de mejora y garantizar la calidad asistencial (4).

Objetivos

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la satisfacción general de las personas con enfermedad renal crónica avanzada respecto a la atención de enfermería recibida en atención primaria. Como objetivos secundarios se planteó explorar diferencias en la satisfacción según variables sociodemográficas y clínicas.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico durante el año 2023. La muestra estuvo conformada por 189 personas mayores de 18 años diagnosticadas con ERC avanzada, definida como una tasa de filtración glomerular (TFG) entre 15 y 29 ml/min/1,73m². La selección de la muestra se llevó a cabo en tres centros de salud comunitarios, incluyendo tanto áreas urbanas como rurales, lo que permitió una mayor representatividad poblacional.

Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico confirmado de ERC avanzada, seguimiento en atención primaria durante al menos seis meses y capacidad para responder el cuestionario. Se excluyeron personas con deterioro cognitivo severo o que no contaran con apoyo familiar suficiente para responder la encuesta. La recogida de datos fue realizada por enfermeras/os previamente entrenados.

Se diseñó un cuestionario ad hoc para recopilar datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel educativo, situación laboral), clínicos (comorbilidades, hospitalizaciones previas) y percepción general de satisfacción con la atención de enfermería. Esta última se evaluó mediante una escala tipo Likert de 0 a 10, donde 0 representaba "muy insatisfecho/a" y 10 "muy satisfecho/a".

El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva (medias, desviaciones estándar, frecuencias relativas) y comparaciones bivariadas entre grupos según sexo, edad y hospitalizaciones, utilizando pruebas de chi-cuadrado y t de Student. El nivel de significación se fijó en $p < 0,05$.

Resultados

La edad media de los participantes fue de 79,7 años (DS=12,6). El 54,5% eran mujeres y el 45,5% hombres. Todos los participantes presentaban al menos una comorbilidad adicional, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial (89,8%), enfermedades cardiovasculares (52,4%) y diabetes mellitus (41,3%).

La puntuación media de satisfacción global con la atención de enfermería fue de 7,89 puntos (DE=1,2). Al analizar por sexo, las mujeres reportaron una puntuación significativamente mayor que los hombres (7,58 vs 8,02; $p=0,048$). En relación con el número de hospitalizaciones previas, se observó una tendencia hacia mayor satisfacción en quienes habían tenido una o más hospitalizaciones en el último año ($p=0,061$).

El análisis de subgrupos mostró que las personas residentes en áreas rurales tendieron a reportar niveles de satisfacción más altos, aunque sin alcanzar significación estadística. Asimismo, el nivel educativo no mostró asociación con la percepción de satisfacción.

Discusión

Los hallazgos de este estudio confirman que las personas con ERC avanzada en seguimiento por atención primaria muestran un nivel de satisfacción globalmente favorable con la atención de enfermería. Este resultado coincide con investigaciones previas que han señalado la importancia de la continuidad y cercanía del cuidado enfermero como factores determinantes

en la experiencia de los pacientes (5,7).

La diferencia de satisfacción según el sexo, con valores más altos en mujeres, resulta de interés y plantea la necesidad de indagar en factores de género que influyen en la percepción de la atención. Podría explicarse, en parte, por diferencias en la comunicación enfermera-paciente o por expectativas distintas en relación con la atención recibida. Este aspecto concuerda con estudios recientes que identifican una mayor valoración positiva del cuidado de enfermería en mujeres con enfermedades crónicas (8).

En cuanto a la relación entre hospitalizaciones y satisfacción, la tendencia observada hacia una mayor valoración en personas con más ingresos hospitalarios puede estar vinculada al reconocimiento del acompañamiento enfermero en situaciones de mayor vulnerabilidad clínica. Aunque no alcanzó significación estadística, este hallazgo es coherente con otros trabajos que han descrito la relevancia del apoyo continuo de enfermería durante procesos agudos y crónicos (9).

La evaluación de la satisfacción no debe entenderse solo como un indicador de calidad percibida, sino también como una herramienta para orientar mejoras organizativas. Incrementar la participación de enfermería en programas de seguimiento estructurado, consultas específicas para ERC avanzada y estrategias de educación sanitaria puede potenciar los resultados en salud, así como reforzar la confianza de las personas en el sistema sanitario (6).

Conclusiones

Las personas con ERC avanzada atendidas en atención primaria mostraron un nivel global favorable de satisfacción con la atención de enfermería recibida. Las mujeres reportaron mayor satisfacción que los hombres, y se identificó una tendencia hacia una mejor valoración en quienes habían tenido mayor número de hospitalizaciones. Estos resultados refuerzan la necesidad de mantener y fortalecer el papel de enfermería en la atención de personas con ERC avanzada, especialmente en el ámbito comunitario.

El estudio aporta evidencia útil para la planificación de intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de la atención de enfermería, así como para orientar futuras investigaciones centradas en las experiencias y percepciones de las personas con enfermedades crónicas.

Referencias

- ¹ Liu J, Zhou Y, Tang Y, Chen J, Li J. Patient engagement during the transition from nondialysis-dependent chronic kidney disease to dialysis: A meta-ethnography. *Health Expect*. 2023 Dec;26(6):2191-2204. doi: 10.1111/hex.13850.
- ² Kushner P, Khunti K, Cebrián A, Deed G. Early Identification and Management of Chronic Kidney Disease: A Narrative Review of the Crucial Role of Primary Care Practitioners. *Adv Ther*. 2024 Oct;41(10):3757-3770. doi: 10.1007/s12325-024-02957-z.
- ³ Llewellyn S. The Chronic Care Model, Kidney Disease, and Primary Care: A Scoping Review. *Nephrol Nurs J*. 2019 May-Jun;46(3):301-328.
- ⁴ Educación sanitaria en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada desde consultas externas. *Rev San Invest*. 2024.
- ⁵ Fernández-Díaz R, Cifuentes-Rivera B, López-Sierra EM, Pablos-de Pablos M. Evaluación de la experiencia asistencial en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada. *Enferm Nefrol*. 2023;26(3).
- ⁶ Eckardt KU, Delgado C, Heerspink HJL, et al. Trends and perspectives for improving quality of chronic kidney disease care: conclusions from a KDIGO Controversies Conference. *Kidney Int*. 2023;104:888-903.
- ⁷ Yuen J, Harasemiw O, Singer A, et al. Risk of CKD Progression and Quality-of-Care Indicators in the Primary Care Setting. *Am J Kidney Dis*. 2023;81:247-249.
- ⁸ Gimeno Hernan V, Duran-Muños I, Del Pino-Jurado MR, et al. Quality of life and perceived care of patients in advanced chronic kidney disease consultations: a cross-sectional descriptive study. 2025
- ⁹ Assessing patient satisfaction with hemodialysis and peritoneal dialysis care and associated factors in Iran. 2024

De estrés a estresores: Cambiando el foco de la valoración emocional parental en las unidades de críticos pediátricos.

García Gonzalez, E.
González Martínez, N.
Santos Valero, A.
Gómez Barroso, J. I.
Lopez Cabrejas, M.
Esteban Herrero, G.
Piqueras Rodríguez, P.
Dorao Martínez-Romillo, P.
Gómez Merino, A.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico, Padres, Estrés Psicológico

Resumen

Introducción:

El ingreso en una unidad de cuidados intensivos pediátricos es un evento altamente estresante para los familiares y cuidadores de los pacientes. Existe abundante bibliografía sobre la incidencia de los efectos negativos a nivel emocional como depresión, ansiedad, síndrome de estrés post-traumático. Sin embargo, son escasas las investigaciones acerca de cuales de los múltiples factores estresantes asociados a la hospitalización en unidades de críticos pediátricos son relevantes en su aparición.

Objetivo Principal:

Describir las situaciones que más comúnmente son identificadas como estresantes en la experiencia de los padres con hijos ingresados en la UCIP de un hospital de tercer nivel.

Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional.

Los sujetos de este estudio son los progenitores o cuidadores principales de menores ingresados en UCIP durante mas de 48 horas. Se incluyó a las dos personas que durante más tiempo acompañaban a los menores durante su estancia en la unidad.

El muestreo se realizó por conveniencia hasta alcanzar un tamaño muestral de 115 sujetos.

Para la recogida de datos se utilizó la "escala de evaluación de estresores parentales en UCIP". Esta herramienta se publicó originalmente en inglés en 1989 y posteriormente fue validada al castellano en 2019. Está compuesta de 37 ítems que se distribuyen en tres dimensiones. Cada ítem se corresponde con un factor estresor relacionado con el ingreso de un menor en UCIP, los participantes valoraron de 0 a 5 como de estresante fue para ellos cada factor.

La recolección de datos se realizó entre noviembre de 2024 y abril de 2025.

Las variables corresponden a los diferentes ítems de la escala. Para el análisis estadístico se utilizó la frecuencia relativa y la absoluta, la media, la mediana y la desviación típica. Además, la información se organizó den gráficos y tablas de frecuencias para facilitar su análisis y comprensión.

Resultados:

La dimensiones que con mas frecuencia fueron consideradas como generadoras de estrés por los progenitores fueron la emocional y la clínica. Estas se identificaron entre moderada a extremadamente estresante en un 35.12% y un 31.04% de los casos, respectivamente.

Dentro de la dimensión emocional, los ítems que más se consideraron como estresantes fueron la presencia de dolor (58.26%) y llanto (50.43%) en el niño, así como el hecho de que este se encontrara inquieto (52.17%) o confuso (46.9%). A pesar de que esta es la dimensión más considerada como estresante, destaca que incluye el ítem menos estresante de toda la escala, este es la incapacidad para visitar al menor, que solo fue considerada como tal en menos de un 3% de los casos.

En la dimensión clínica, los aspectos que más fueron considerados como estresantes fueron los sonidos de alarmas (55.6%) y monitores (39.1%), la presencia de dispositivos en el niño (53%) y los cambios en su coloración (40.8%). En este área, los ítems menos estresantes fueron el uso de agujas en el menor (16.5%) y la presencia de otros pacientes (20.8%).

Los aspectos de la dimensión equipo clínico fueron los menos identificados como estresantes, tan solo fueron identificados como tal en menos de un 6% de los casos. Dentro de este grupo, el ítem que reportó la tasa más alta (9.5%) fue que el personal bromeara, riera o hablase fuerte, seguido de la ausencia de una versión definitiva acerca de la patología del menor (7.82%). Sin embargo, los ítems menos estresantes fueron el desconocimiento del nombre de los profesionales (3.48%) y los el hecho de recibir de ellos versiones contradictorias acerca del estado del paciente (4.3%).

Al finalizar el cuestionario, los padres evaluaron cómo de estresante del 0 al 5 fue la experiencia en UCIP, los resultados son muy dispersos con una media de 2,78, una mediana de 3 y una desviación típica de 1,41.

Discusión:

En nuestra muestra, los ítems que más se han identificado como estresantes son las respuestas emocionales del menor (dolor, inquietud, llanto, confusión) y los sonidos repentinos, lo cual concuerda con lo evidenciado por otros autores.

Sin embargo, en la mayoría de estudios al respecto, también se ha identificado como altamente estresante la incapacidad de los progenitores para acompañar al menor y el comportamiento de los profesionales, ambos factores son los que en esta investigación se han calificado como menos estresantes. Esto demuestra una gran variabilidad y la dificultad para extrapolar resultados.

Como implicaciones para la práctica se extrae que, dado el gran impacto de la respuesta emocional del menor y la sinergia entre el estado emocional de padres e hijos, la adecuada atención la salud mental puede constituir un factor protector para la aparición de efectos secundarios a nivel psico-emocional. Para esto, es imprescindible, tanto investigar las causas de dicho estrés, que son muy variables de unas familias a otras y de unos autores a otros, como que las instituciones aboguen por la salud psicológica de la unidad familiar durante la estancia hospitalaria. Este proyecto va incluido en un programa de atención psicológica a través de psicólogos clínicos para cuidadores de menores ingresados en U.C.I.P.

Autores/as

García González E., González Martínez N., Santos Valero A., Gómez Barroso J.I., López Cabrejas M., Esteban Herrero G., Piqueras Rodríguez P., Dorao Martínez-Romillo P., Gómez Merino A. De estrés a estresores: Cambiando el foco de la valoración emocional parental en las unidades de críticos pediátricos. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Navarro-Tapia S., Ramírez M., Clavería C., Molina Y. Validación de "The Parental Stressor Scale Infant Hospitalization modificado, al español" en una unidad cuidados intensivos pediátricos. Rev Chil Pediatr. 2019; 90(4). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000400399
- ² Lisanti A.J., Kumar A., Quinn R., Chittams J.L., Medoff-Cooper B., Demianczyk A.C. Role Alteration predicts Anxiety and Depressive Symptoms in Parents of Infants with Congenital Heart Disease: A Pilot Study. Cardiol Young. 2021; 31 (11):1842-1849. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8490483/>
- ³ De Souza S. R., Dupa G., Ferreira Gomes Balleiro M.M. Cultural adaptation and validation for the portuguese language of the Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU). Acta Paul Enferm. 2012; 25 (2). Disponible en: <https://www.scielo.br/jj/ape/a/Q9NCQnMwhw36DbnSghjKFgb/?lang=en>
- ⁴ Ikeda M., Hoshino H., Aikawa G., Matsuishi Y., Kotani M., Enomoto Y., Shimojo N., Inoue Y. Translation and Adaptation of the Japanese Version of the Revised Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit. Cureus. 2024; 16 (7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39130874/>
- ⁵ Carter M.C., Miles M.S. The Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit. Matern Child Nurs J. 1989;18(3):187-98. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2491508/>
- ⁶ Alzada Z., Lewis F.M., Li M. Content Validity of Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit (PSS:PICU). West J Nurs Res. 2021; 43 (4): 381-391. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32795163/>
- ⁷ Rodríguez Rey R., Alonso Tapia J. Development of a screening measure of stress for parents of children hospitalised in a Paediatric Intensive Care Unit. Aust Crit Care. 2019;29(3):151-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26692497/>
- ⁸ Debelić I., Mikočić A., Tihomirović J., Barić I., Lendić Đ., Nikšić Ž., Šencaj B., Lovrić R. Stressful Experiences of Parents in the Paediatric Intensive Care Unit: Searching for the Most Intensive PICU Stressors. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(18). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36141723/>
- ⁹ Aamir M., Mittal K., Shankar Kaushik J., Kashyap H., Kaur G. Predictors of stress among parents in pediatric intensive care unit: a prospective observational study. Indian J Pediatr. 2014;81(11):1167-70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24728700/>

¹⁰ Rahmaty Z., Manning J.C., Perez M.H., Ramjet A.S. Post Intensive Care Syndrome in Swiss Paediatric survivors and their Families (PICSS-PF): a national, multicentre, longitudinal study protocol. *BMJ Open*. 2023;13. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38011965/>

Vivencias de pacientes, familiares y profesionales sanitarios en sesiones de musicoterapia en cuidados intensivos: un análisis fenomenológico cualitativo

Saldaña Ortiz, V.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Musicoterapia, triada, conexión, cuidados críticos

Resumen

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es explorar las experiencias de los pacientes ingresados en cuidados intensivos, sus familiares y los profesionales sanitarios responsables de su cuidado, en relación con la experiencia de la musicoterapia.

MÉTODO

Diseño

La intervención de musicoterapia fue llevada a cabo por una profesional titulada en musicoterapia. Antes de cada sesión, la terapeuta consultó con los familiares o personas cuidadoras para identificar las preferencias musicales del paciente. Las sesiones tuvieron una duración media de 20 minutos y se realizaron de forma simultánea a procedimientos médicos invasivos. Durante dichas sesiones se utilizó música seleccionada cuidadosamente con el objetivo de crear un entorno terapéutico que favoreciera el bienestar del paciente.

Para investigar el fenómeno de la experiencia vivida de los tres grupos participantes, se llevó a cabo un estudio fenomenológico hermenéutico (Ruiz Olabuénaga, 2012).

La elección de la fenomenología hermenéutica en este estudio responde a la necesidad de explorar en profundidad la experiencia vivida de los pacientes, sus familiares y los profesionales sanitarios, con el fin de arrojar nueva luz sobre este fenómeno o aportar aspectos aún no abordados. En este enfoque, el/la investigador/a lee los datos, construye una comprensión inicial, realiza una escritura reflexiva y posteriormente vuelve a los textos para refinar su comprensión (Odell-Miller, 2019).

Ámbito y participantes

El estudio se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos de un hospital de segundo nivel de la Comunidad de Madrid. Esta unidad cuenta con 18 camas, cuatro de las cuales están destinadas al aislamiento. El horario de visitas es de 11:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00. Las visitas pueden programarse en cualquiera de los dos turnos, siempre que se desarrollen en la sala de espera y no se exceda el límite de dos familiares por paciente en el box correspondiente. Se llevó a cabo un muestreo intencional y teórico de todos los participantes que cumplían los criterios de inclusión. Los criterios de inclusión para los pacientes requerían tener entre 18 y 75 años, estar orientados en persona, tiempo y espacio, y mantener la capacidad de comunicación oral. Se excluyeron aquellos con patologías psiquiátricas de base o que estuvieran bajo sedación.

Se incluyeron familiares que se encontraban presentes durante la intervención de musicoterapia, así como profesionales sanitarios que asistieron a la sesión y que, además, manifestaron su deseo de participar de forma voluntaria en el estudio. En determinados casos se recurrió a la técnica de muestreo en bola de nieve, mediante la cual los informantes iniciales pusieron en contacto a otros posibles participantes que cumplían los criterios establecidos, a través de conversaciones informales.

La muestra se seleccionó conforme a los criterios específicos definidos para los pacientes, por lo que tanto los familiares como los profesionales sanitarios que les acompañaban fueron incluidos en el estudio.

El grupo de pacientes alcanzó un punto de saturación de datos, lo que indicó que se había recopilado información suficiente para una comprensión profunda del fenómeno investigado. Cabe destacar que durante las sesiones de musicoterapia, cada paciente estuvo acompañado por un familiar y un profesional sanitario. La saturación se alcanzó con el paciente número 14, y se observó que dicha saturación también se producía en los datos obtenidos de los familiares y profesionales presentes.

Esto sugiere que los nuevos participantes no aportaron perspectivas o matices significativamente diferentes a los ya identificados en la muestra inicial. Por tanto, se concluyó que el estudio había alcanzado un nivel adecuado de saturación. En el análisis de los discursos de los tres grupos de participantes, emergieron diferentes contenidos temáticos. En este trabajo se presentan aquellos datos redundantes y coincidentes entre los tres colectivos.

Recogida de datos

Se realizaron 42 entrevistas semiestructuradas con pacientes, familiares y profesionales de la salud para la recogida de datos de este estudio

Los pacientes fueron entrevistados una vez dados de alta de la UCI y trasladados a planta, entre 24 y 48 horas después de la sesión de musicoterapia, con el fin de permitirles procesar lo vivido durante la intervención. Los familiares y los profesionales de la salud fueron entrevistados en una sala habilitada dentro de la UCI, lo que permitió generar un ambiente más relajado y de confianza entre el entrevistador y el participante.

En este tipo de entrevista, el entrevistador cuenta con un "guion" que recoge los temas a abordar, aunque el orden de los temas y la formulación de las preguntas queda a criterio del entrevistador, quien puede adaptarse a la dinámica de la conversación. Dentro de cada tema, el entrevistador tiene libertad para formular las preguntas según considere oportuno, explicar significados, pedir aclaraciones si no comprende alguna idea y solicitar al entrevistado que amplíe su respuesta si lo estima necesario. De este modo, se permite establecer un estilo personal de entrevista (Ortiz, 2015).

Análisis de datos

Para el análisis de los datos cualitativos se empleó el enfoque reflexivo de análisis temático propuesto por Braun y Clarke. Esta metodología permite identificar, analizar e interpretar patrones recurrentes dentro del conjunto de datos a través de seis fases: familiarización con los datos, codificación, generación de temas, revisión de temas, definición y denominación de temas, y redacción del informe (Rodríguez Pérez, 2019). El objetivo de este enfoque es detectar estructuras temáticas que permitan una comprensión más profunda del fenómeno investigado (Braun & Clarke, 2006) (véase Tabla 2). La incorporación de métodos de investigación fenomenológica en este estudio permite un aprendizaje profundo a partir de las experiencias de los participantes, lo cual puede enriquecer la comprensión, el comportamiento y la comunicación en este ámbito. Esta coherencia metodológica constituye la base sobre la que se construye el rigor y la fiabilidad de la investigación. Además de mantener una fidelidad metodológica entre la pregunta de investigación, el paradigma y el diseño elegido, una investigación fenomenológica rigurosa requiere una implicación profunda con los datos a través de lecturas sucesivas, escritura reflexiva, relectura y reescritura (Neubauer et al., 2019).

Resultados

El análisis de los testimonios recogidos evidencia cómo la musicoterapia favorece la relación triádica entre pacientes, familiares y profesionales de la salud en la UCI, generando un espacio compartido de conexión emocional, comunicación y apoyo mutuo.

A) Visión de los pacientes sobre la tríada paciente-familia-profesionales de la salud en el contexto de la musicoterapia

Los pacientes perciben la musicoterapia como una experiencia que les une tanto a sus familiares como al equipo sanitario. Relatan haber recibido apoyo emocional a través de recuerdos evocadores y momentos de disfrute musical, lo que fortalece sus vínculos afectivos y genera sensaciones de paz y confort. Además, destacan que la presencia cercana de profesionales durante la sesión facilita una relación más humana, alejada del enfoque estrictamente clínico, y valoran que el hospital promueva este tipo de iniciativas de investigación y cuidado humanizado.

B) Visión de los familiares sobre la tríada paciente-familia-profesionales de la salud en el contexto de la musicoterapia

Los familiares consideran que la musicoterapia es una herramienta eficaz para unir a pacientes, familias y profesionales en torno a un objetivo común: mejorar la calidad de vida. Señalan que la música favorece la comunicación no verbal, la expresión de emociones difíciles de verbalizar y la creación de un espacio seguro y acogedor. Asimismo, destacan que compartir la música con sus seres queridos refuerza los lazos afectivos y genera mayor confianza con los profesionales, al humanizar su interacción y favorecer la cercanía.

C) Visión de los profesionales de la salud sobre la tríada paciente-familia-profesionales con musicoterapia

Los profesionales identifican la musicoterapia como una estrategia que facilita la cooperación, la empatía y la humanización de la atención. Reportan que esta intervención les permite conocer facetas sociales y personales de los pacientes, más allá de lo clínico, promoviendo una atención integral e individualizada. Señalan que la música actúa como un lenguaje universal que conecta a todos los implicados, favoreciendo la coordinación y la comunicación en el equipo. Además, valoran que las sesiones ofrezcan un espacio de expresión emocional también para ellos, contribuyendo a un clima más humano y menos estresante en la UCI.

En conjunto, los resultados muestran que la musicoterapia actúa como un puente entre pacientes, familias y profesionales, fortaleciendo los vínculos afectivos, reduciendo la despersonalización y potenciando la humanización del cuidado en contextos críticos.

Discusión

Los resultados de este estudio evidencian que la musicoterapia constituye una intervención terapéutica valiosa en el contexto de las unidades de cuidados intensivos (UCI), al favorecer la relación triádica entre pacientes, familias y profesionales de la salud. Su implementación facilita la comunicación, la empatía y la comprensión mutua, contribuyendo a humanizar la asistencia y a reforzar los vínculos afectivos.

Los testimonios analizados destacan que la música permite conocer aspectos personales de los pacientes, evocar recuerdos significativos y compartir experiencias con sus seres queridos, lo que genera un entorno de apoyo y confianza. Esta vivencia conjunta potencia el acompañamiento, alivia la ansiedad y ofrece un sentido de comunidad tanto a familiares como a profesionales.

Asimismo, la musicoterapia se consolida como un recurso accesible, adaptable y bien aceptado en la UCI, con capacidad para transformar un espacio de alta complejidad en un entorno más cercano y humano. En línea con la literatura previa, se subraya su papel como nexo de unión entre los actores implicados en el cuidado, reforzando la atención centrada en la persona y el paradigma de humanización sanitaria.

Implicaciones

Los hallazgos respaldan la implementación de programas estructurados de musicoterapia en la UCI, aportando evidencia de sus beneficios emocionales y comunicativos. Además, pueden guiar la creación de protocolos, formación profesional y estrategias de sensibilización para su integración efectiva en la práctica clínica.

Autores/as

Verónica Saldaña-Ortiz, José Miguel Mansilla-Domínguez, Esther Martínez-Miguel. Vivencias de pacientes, familiares y profesionales sanitarios en sesiones de musicoterapia en cuidados intensivos: un análisis fenomenológico cualitativo. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Reyes Tiburcio M, Colonia Jáuregui KM, Reyes Salas RE. Percepción de los familiares del paciente crítico acerca del apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*. 2019 Jul 31;6(2).
- ² Lee YEC, Stretton-Smith PA, Tamplin J, Sousa TV, Baker FA. Therapeutic music interventions with people with dementia living in residential aged care: Perspectives of residents, family members and care home staff from a cluster randomised controlled trial. *Int J Older People Nurs*. 2022 May 1;17(3).
- ³ Wilson ME, Beesley S, Grow A, Rubin E, Hopkins RO, Hajizadeh N, et al. Humanizing the intensive care unit. *Crit Care*. 2019;23(1).
- ⁴ Luis M, Doss R, Zayed B, Yacoub M. Effect of live oud music on physiological and psychological parameters in patients undergoing cardiac surgery. *Glob Cardiol Sci Pract*. 2019;2019(2).
- ⁵ Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
- ⁶ Fallek R, Corey K, Qamar A, Vernisie SN, Hoberman A, Selwyn PA, et al. Soothing the heart with music: A feasibility study of a bedside music therapy intervention for critically ill patients in an urban hospital setting. *Palliat Support Care*. 2020;18(1):47-54.
- ⁷ da Rocha KLB, de Jesus JH. Os benefícios da musicoterapia no tratamento oncológico humanizado. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*. 2022;13(edespmulti).
- ⁸ Sartre JP, de Beauvoir S, Camus A, Jaspers K, Buber M, Husserl E, et al. 18 Humanistic Psychology. *History and Systems of Psychology*. 2022;390.
- ⁹ Folsom, S., Christie, A. J., Cohen, L., & Lopez, G. (2021). Implementing Telehealth Music Therapy Services in an Integrative Oncology Setting: A Case Series. *Integrative Cancer Therapies*, 20, 1.5347354211053648E16. <https://doi.org/10.1177/15347354211053647>
- ¹⁰ Naef, R., Brysiewicz, P., Mc Andrew, N. S., Beierwaltes, P., Chiang, V., Clisbee, D., de Beer, J., Honda, J., Kakazu, S., & Nagl-Cupal, M. (2021). Intensive care nurse-family engagement from a global perspective: A qualitative multi-site exploration. *Intensive and Critical Care Nursing*, 66, 103081.

Efectividad de una entrevista motivacional para el alivio de la ansiedad pre y post operatoria y el dolor postoperatorio.

Villalba Aguilar, C.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Ansiedad preoperatoria, enfermería, ansiedad postoperatoria, dolor postoperatorio.

Resumen

Introducción: La ansiedad es una respuesta emocional a estímulos que los seres humanos perciben como amenazantes. Estos estímulos, implican respuestas que no solo afectan a la esfera psicológica y emocional, sino que también tienen consecuencias fisiológicas y funcionales. La ansiedad preoperatoria, caracterizada por temor difuso, que puede ir desde la inquietud hasta el pánico, es un estado emocional desagradable, que experimentan aquellos que están esperando a ser sometidos a una intervención quirúrgica, que empieza cuando se comunica al sujeto la necesidad de la cirugía, alcanzando el punto más alto en el momento previo a la entrada a quirófano y que puede influir en la intensidad del dolor postoperatorio y la anestesia, y la necesidad de analgesia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que cada año se realizan más de 4 millones de cirugías en pacientes, y se calcula que entre el 50% y el 75% de ellos experimentan algún nivel de ansiedad antes de la operación. Por esta razón, la ansiedad se considera un problema de salud pública, ya que afecta al 10% de la población mundial. Se ha comprobado mediante varios estudios, que la visita prequirúrgica por parte de los profesionales de enfermería tiene resultados positivos en el manejo de la ansiedad de los pacientes. No obstante, existe cierta controversia sobre el tratamiento de la ansiedad del paciente y la información que se debe proporcionar. Con lo cual, teniendo en cuenta la importancia de reducir la ansiedad en el pre y postoperatorio, es importante revisar las acciones de los profesionales de enfermería y estimar el tamaño del efecto de las intervenciones enfermeras para reducir la ansiedad en estas situaciones. Por tanto, el objetivo del estudio es analizar la efectividad de entrevistas motivacionales prequirúrgicas por enfermería para reducir la ansiedad pre y postoperatoria y el dolor a pacientes tras la cirugía.

Metodología: esta revisión sistemática con metaanálisis se ha registrado en PROSPERO con ID: 1062404. Para su desarrollo, se realizó una búsqueda según la guía PRISMA, utilizando DeCS y operadores booleanos OR y AND para conseguir más especificidad a la búsqueda, en las bases de datos: EBSCOHOST, Pubmed, Cochrane Library y Scopus obteniendo un total de 94 estudios. Se incluyeron ensayos clínicos o estudios cuasiexperimentales en español, portugués o inglés en pacientes hombres y mujeres ≥ 18 años con cirugías programadas y capacidad de comunicación. Se excluyeron aquellas personas con antecedentes psiquiátricos; deterioro cognitivo, dificultad de comprensión o incapacidad para contestar las escalas utilizadas; intervenciones de urgencia o cirugías ambulatorias; trasplante de órganos; mujeres embarazadas; pacientes oncológicos; estudios realizados en animales; estudios descriptivos, observacionales o publicados con más de 10 años de antigüedad. Los datos se recopilaron durante la lectura del texto completo, extrayendo la siguiente información: autores y fecha de publicación, país, diseño, tamaño muestral, criterios de inclusión, intervención, comparador, resultados principales y calidad. Para la evaluación del riesgo de sesgo en los estudios se utilizó la herramienta Risk of Bias 2 (RoB2) en el caso de los ensayos clínicos, y la herramienta ROBINS-I para estudios no aleatorizados de intervenciones. Se realizó un metaanálisis de efectos aleatorios para analizar la ansiedad preoperatoria, el dolor y la ansiedad postoperatorios. Los resultados se representaron mediante diagramas de bosque estableciendo un nivel de significación estadística $\alpha = 0,05$. El sesgo de publicación fue examinado mediante una inspección visual de los gráficos de embudo generados para cada metaanálisis. Todas las estimaciones y análisis estadísticos se realizaron utilizando el software RevMan (versión 5.4) de la Colaboración Cochrane.

Resultados: Tras eliminar estudios duplicados a través del gestor bibliográfico Mendeley quedaron 86 artículos. Finalmente, tras descartar aquellos que no cumplieron los criterios de inclusión, se incluyeron un total de 6 estudios (4 ensayos clínicos y 2 estudios cuasiexperimentales). La muestra consistió en un total de 734 pacientes, a los cuales se les aplicaron las entrevistas motivacionales a 334. Ningún ensayo clínico fue excluido de la revisión, ya que todos obtuvieron puntuaciones de bajo sesgo. En el caso de los estudios no aleatorizados de intervenciones, se estableció que los dos presentaban un riesgo moderado de sesgo, principalmente, por la posibilidad de confusión no controlada, la no aleatorización y la medición no cegada de los resultados. Todos los estudios analizaron la ansiedad preoperatoria, mostrando una reducción significativa (OR= -1.53; IC 95%: -4.00 a -0.94; $I^2=40\%$). También se evidenció disminución del dolor postoperatorio (OR= -0.69; IC 95%: -0.97 a -0.41; $I^2=35\%$) y la ansiedad postoperatoria (OR= -0.48; IC 95%: -0.78 a -0.19; $I^2=0\%$). La presencia moderada o ausencia de heterogeneidad fortaleció la confianza en estos resultados.

Discusión: el mal control del dolor podría afectar de forma negativa a la calidad de vida, a la recuperación funcional,

aumentar el riesgo de complicaciones postquirúrgicas y, por tanto, asociarse al aumento de morbilidad y costes hospitalarios, incrementando el riesgo del desarrollo de dolor crónico persistente. Aunque se ha comprobado que los materiales audiovisuales están siendo efectivos aumentando la satisfacción de los pacientes, no disminuyen la ansiedad. Por tanto, en esta revisión se ha demostrado que las entrevistas motivacionales por parte de enfermería resultaron efectivas al ofrecer información clara y permitir al paciente expresar dudas, reduciendo el miedo a la anestesia, al dolor y al proceso de recuperación. El control emocional mejoró la adaptación al entorno quirúrgico, disminuyendo el dolor postoperatorio. Una limitación relevante fue la heterogeneidad en las escalas de ansiedad empleadas, con enfoques y propiedades distintas, lo que dificulta la comparación directa entre estudios. La que más se utilizó fue la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS), que evalúa la ansiedad relacionada con la anestesia y la cirugía y la necesidad de información adicional. La segunda más utilizada fue la State-Trait Anxiety Inventory (STAI) que se trata de una escala psicológica para medir ansiedad en adultos, y, por último, solamente un estudio utilizó la escala Hamilton para medir la severidad de la ansiedad de los pacientes. Esto resalta la necesidad de una estandarización metodológica en futuras investigaciones. Como fortalezas, la capacitación de la enfermería en habilidades de comunicación, específicamente en enfoques empáticos centrados en el paciente, demuestra que las entrevistas preoperatorias pueden utilizarse de forma rutinaria. Esta intervención se presenta como una herramienta efectiva, no farmacológica y centrada en el paciente. A su vez, se evidencia que estos efectos se mantienen incluso en distintos tipos de cirugías, incluyendo ambulatorias. También se destaca la importancia de informar y atender a los familiares, mejorando así el entorno emocional del paciente. En cuanto a implicaciones a la práctica clínica, las entrevistas motivacionales pueden utilizarse en otros ámbitos como los cuidados paliativos donde el control emocional influye directamente en la experiencia del paciente y además de su familia; en atención primaria en pacientes con dolor crónico; incluso en urgencias para reducir la ansiedad en situaciones de crisis. Así mismo, al explorar y resolver dudas sobre el tratamiento o los procesos por los que pasará el paciente, estas entrevistas incrementarán la adherencia a la analgesia, técnicas de relajación o incluso todo tipo de fisioterapia.

Autores/as

Celia Villalba Aguilar. Efectividad de una entrevista motivacional para el alivio de la ansiedad pre y post operatoria y el dolor postoperatorio. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Toledo: 2025.

Referencias

- ¹ Romero Ajenjo A. Efecto de la información en la ansiedad prequirúrgica. *Conocimiento enfermero* 10. 2020;30-50.
- ² Abdullah Alanazi M, Ali Alanazi H, Helail Aldhafeeri A, Awdah Alenazi Q, Dakel Alharbi F, Awad Alharbi F. Reducing Preoperative Anxiety in Patients Scheduled for Knee Replacement Surgery: A Preventive Controlled and Randomized Clinical Trial of Nursing health management. Vol. 30. *JPTCP*; 2023.
- ³ Dias P, Clerc D, da Rocha Rodrigues MG, Demartines N, Grass F, Hübner M. Impact of an Operating Room Nurse Preoperative Dialogue on Anxiety, Satisfaction and Early Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Major Visceral Surgery—A Single Center, Open-Label, Randomized Controlled Trial. *J Clin Med [Internet]*. 2022 Mar 29;11(7):1895. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/7/1895>
- ⁴ Fortacín B, Fortuño L, del Mar M, Puig E, Casas I, Prunera M, et al. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería global*. 2015 Jul;39:20–40.
- ⁵ Medina Garzón M. Effectiveness of a nursing intervention to diminish preoperative anxiety in patients programmed for knee replacement surgery: Preventive controlled and randomized clinical trial. *Invest Educ Enferm [Internet]*. 2019 Jun 19;37(2). Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/338895>
- ⁶ López Moraleda P, Parejo Romero MJ, González Cordero CM, León Rivas M, Bruque Jiménez MC, García Figueroa MJ. Eficacia de la entrevista prequirúrgica en la disminución del dolor postoperatorio y de la ansiedad previa al quirófano. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*. 2022;39(2):66–74.
- ⁷ Ruiz Hernández C, Gómez-Urquiza JL, Pradas-Hernández L, Vargas Roman K, Suleiman-Martos N, Albedín-García L, et al. Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2021 Aug 23;77(8):3274–85.
- ⁸ Fernández González C, Segura Sánchez F. Efectos de la visita prequirúrgica de enfermería sobre la ansiedad relacionada con una cirugía programada. *Revisión sistemática*. *Ocronos*. 2022;10.
- ⁹ Eberhart L, Aust H, Schuster M, Sturm T, Gehling M, Euteneuer F, et al. Preoperative anxiety in adults - a cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC Psychiatry*. 2020 Dec 30;20(1):140.
- ¹⁰ Rojas MJ, Azevedo Pérez D. Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el hospital universitario antonio patricio de alcalá, cumana, venezuela. 2013;25:273–8.

Mejorar la calidad en cuidados implantando guía RNAO “Prevención de caídas y lesiones derivadas”.

GONZÁLEZ GALLEGO, M.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Caídas, prevención, control, miedo a caer , fragilidad

Resumen

Introducción

Según la OMS, una caída es “un acontecimiento involuntario que hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo u otra superficie firme que lo detenga”.

Las caídas representan una causa significativa de discapacidad en todas las personas, aunque factores como la edad, el sexo y el estado de salud influyen de una manera significativa. Debido a ello, en las personas mayores constituyen uno de los principales eventos adversos asociados a la fragilidad. Una caída inicial, se considera un factor de riesgo para futuras caídas.

Las consecuencias médicas derivadas de las caídas, entre las que destaca el denominado síndrome de “miedo a caer”, con frecuencia marcan el inicio del proceso de discapacidad en la persona mayor.

Por tanto, en una población con tendencia al envejecimiento, actuar sobre los factores modificables y susceptibles a intervención como la fragilidad, contribuyen a la disminución de la aparición de discapacidad o dependencia. Los profesionales de enfermería ocupan una situación privilegiada para liderar el cambio hacia modelos de asistencia sanitaria, fomentando la autonomía del paciente.

Objetivo

Analizar la evolución de los indicadores de proceso y de resultado tras implantar en el Centro de Salud Ponferrada II las recomendaciones de la guía de buenas prácticas (GBP) RNAO: “Prevención de las caídas y lesiones derivadas de las caídas”. Comparar los resultados del indicador de cribado de caídas de pacientes de nuestro Centro de Salud, respecto al Área Sanitaria del Bierzo y a la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Metodología

Ámbito: El estudio se realiza en un Centro de Atención Primaria, Centro de Salud Ponferrada II, perteneciente al Área Sanitaria el Bierzo.

Diseño: Se ha realizado un análisis poblacional descriptivo transversal cuantitativo. La recogida de datos pertenece a los años 2023 y 2024.

Se analizan:

Datos de proceso y resultado extraídos a través de CarEvID Plus, plataforma específica destinada a la recogida de datos dentro del marco del Programa de Implantación GBP. Los datos analizados, recogidos específicamente para esta guía, corresponden a 750 personas mayores de 65 años, que acudieron a la consulta programada de enfermería en los días previamente establecidos por el Centro Colaborador al inicio del año del estudio. En relación con esta guía y considerando el momento actual de evaluación, se realiza la recogida de datos durante cinco días al mes.

Datos proporcionados por la Gerencia Regional de Salud del indicador “cribado de caídas en adultos mayores de 70 años” registrados en historia clínica electrónica MEDORACYL. Se comparan, los datos obtenidos en el Centro de Salud respecto al Área y a la Comunidad Autónoma.

Resultados

Con relación a los datos extraídos desde la plataforma CarEVID, se analizaron diversas variables, entre las cuales se destacan las siguientes:

Cribado del riesgo de caídas: en el año 2023 se realizó el cribado al 87,63% de los sujetos de estudio y el año 2024 al 76,23% de los mismos.

Se ha realizado la valoración del riesgo de caídas mediante la escala Downton al 81,45% y 52,87% respectivamente. La elección de esta escala se fundamenta por su aplicabilidad en la práctica clínica y en su accesibilidad dentro de la historia clínica electrónica.

Durante el año 2023, el 16.25% de los pacientes que sufrieron caídas, tuvieron una o más; esta proporción se incrementó en el año 2024 al 20.63%, evidenciando un aumento de caídas en la población estudiada.

De los pacientes que sufrieron caídas en el año 2023, el 60.71% presentó algún tipo de lesión física, proporción que se elevó al 71.25% en 2024. Paralelamente, la afectación psicológica se observó, en el 32.14% de los casos en 2023, aumentando al 36.25% durante 2024.

En la comparación de los registros de caídas anuales en MEDORACYL los datos de 2023 mostraron un 18.94% en nuestro Centro de Salud; 16,87% en el Área Sanitaria y 13.71% en la Comunidad Autónoma. En 2024, las cifras fueron 18,87%; 14,78% y 17,02% respectivamente.

Conclusiones

La afectación psicológica derivada de las caídas se expresa predominantemente como miedo a nuevas caídas (fear of falling), comprometiendo a un elevado número de pacientes. Este suceso repercute de forma significativa en la funcionalidad, la autonomía y la participación social, por lo que se hacen necesarias intervenciones específicas orientadas a su prevención y manejo. Como enfermeras de Atención Primaria debemos centrar nuestros esfuerzos en su adecuada gestión.

Si bien los resultados obtenidos en el presente estudio no alcanzaron las expectativas iniciales, el cribado de caídas realizado en el Centro de Salud, superó los resultados reportados tanto a nivel del Área de Salud como en el conjunto de la Comunidad Autónoma durante el periodo evaluado. Esta diferencia nos hace pensar que la implantación de la GBP en nuestro centro ha favorecido la detección sistemática de caídas, constituyéndose como una estrategia clave para la mejora continua de la calidad asistencial y la optimización de los resultados en salud.

Implicaciones para la práctica

La implantación de GBP-RNAO orientadas a la prevención de caídas ha constituido el eje impulsor para el desarrollo de materiales de apoyo dirigido tanto a profesionales como a pacientes. Este proceso ha permitido visibilizar la necesidad de reforzar las estrategias de prevención de caídas y ha puesto de manifiesto el papel del "miedo a caer" como factor determinante en la atención integral de las personas.

El grupo de trabajo ha desarrollado un manual de registro de datos dirigido a los profesionales sanitarios, con el objetivo de estandarizar y facilitar la incorporación de la información de las caídas en la historia clínica electrónica. Paralelamente se ha diseñado un material educativo en formato tríptico dirigido a los pacientes, centrado en la prevención de caídas. Este recurso proporciona instrucciones claras y por escrito sobre recomendaciones prácticas y ejercicios adaptados al estado de salud de cada individuo, con la finalidad de fomentar la adherencia, promover la autonomía y reducir el riesgo de efectos adversos.

En la misma línea de educación sanitaria, se ha implementado un taller práctico dirigido a cuidadores de personas mayores, con el propósito de dotarles de herramientas y competencias específicas en la prevención de caídas. Este tipo de actividades formativas se planifican con carácter periódico, garantizando la continuidad de las intervenciones y favoreciendo su eficacia a medio y largo plazo.

La puesta en marcha de estas iniciativas se enmarca en la necesidad de consolidar intervenciones respaldadas por la evidencia científica, lo que permite garantizar la validez y la reproducibilidad de los resultados obtenidos. La sistematización de las actuaciones clínicas constituye un elemento clave para reducir la variabilidad en la práctica profesional, favoreciendo una atención más homogénea, equitativa y ajustada a estándares de calidad. De este modo, se generan condiciones que no solo enriquecen el desempeño de los equipos de salud, sino que también potencian la seguridad del paciente y la eficiencia en la gestión de los recursos.

En conjunto, estas medidas contribuyen a la optimización de los resultados en salud, reforzando la integración entre la práctica clínica, investigación y mejora continua de la atención sanitaria.

Autores/as

ENCINA BLANCO ARIAS, CRISTINA CARBAJO RODRÍGUEZ, MARÍA GONZÁLEZ GALLEGU, M^a JOSÉ RAMOS CARBAJO, ANA MARNOTES PENEDO, MACARENA NIÑO DE GODOS, ANA M^a LÓPEZ TEJEDOR, M^a ANTONIA GARCÍA JOSA, GUADALUPE MARCOS PEÑARANDA. Mejorar la calidad en cuidados implantando GUÍA RNAO "Prevención de caídas y lesiones derivadas". XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Toledo: 2025.

Referencias

- ¹ Bates A, Furber S, Sherrington C, van den Dolder P, Ginn K, Bauman A, et al. Effectiveness of workshops to teach a home-based exercise program (BEST at Home) for preventing falls in community-dwelling people aged 65 years and over: a pragmatic randomised controlled trial. *BMC Geriatr* [Internet]. 1 de diciembre de 2022 [citado 4 de abril de 2025];22(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35473594/>
- ² Chiu HL, Yeh TT, Lo YT, Liang PJ, Lee SC. The effects of the Otago Exercise Programme on actual and perceived balance in older adults: A meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 1 de agosto de 2021 [citado 4 de abril de 2025];16(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34358276/>
- ³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. 2014. Disponible en: <http://bit.ly/2HrTI4> [Links]
- ⁴ Proporción de personas mayores de cierta edad por comunidad autónoma (1451) [Internet]. [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1451>
- ⁵ Caídas [Internet]. [citado 31 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- ⁶ RNAO <http://rnao.ca/> y del Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia www.evidenciaencuidados.es
- ⁷ • Diagrama de flujo PRISMA 2020 — Declaración PRISMA [Internet]. [citado 3 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>

Factores predictivos de burnout y work engagement en enfermería de quirófano: revisión sistemática

Gutierrez Plata, M.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Nursing, Operating room nursing, Burnout, Work Engagement.

Resumen

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN / OBJETIVOS

Las enfermeras de quirófano están sometidas a condiciones laborales exigentes. El burnout y el work engagement son respuestas psicológicas vinculadas a factores personales y organizacionales, que repercuten en la seguridad del paciente y en la calidad asistencial.

Pregunta de investigación (PICO): ¿Qué características y condiciones laborales de las enfermeras de quirófano, en el contexto de la cultura organizacional, se asocian con el burnout y el compromiso laboral, y cómo influyen en la seguridad, calidad asistencial y bienestar profesional?

Objetivo principal: Describir las condiciones laborales y características de las enfermeras de quirófano relacionadas con el burnout y el engagement, y su impacto en la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la salud profesional.

Objetivos secundarios: Analizar la relación, impacto o tamaño del efecto entre niveles de burnout y compromiso laboral con otros factores.

Determinar la influencia de variables organizacionales, personales y sociodemográficas sobre el burnout y el engagement.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN

Inclusión: Enfermeras de quirófano. Artículos originales que evalúen burnout y/o engagement, y analicen su relación con otros factores o variables organizativas, personales o sociodemográficas.

Exclusión: Duplicados, cartas al director, editoriales u opiniones. Estudios con baja calidad metodológica según la evaluación crítica del JBI.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Bases: PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, PsycINFO. Palabras clave y descriptores MeSH: Nurses, Operating Room Nurses, Work Engagement, Professional Burnout, combinados con operadores booleanos AND y OR. Se emplearon sinónimos según MeSH.

MÉTODOS DE SELECCIÓN Y CALIDAD

Se aplicaron filtros por idioma, año, tipo de estudio y población. Calidad evaluada con la herramienta del Joanna Briggs Institute (JBI): estudios transversales, estudios cualitativos, ensayos clínicos aleatorizados.

EXTRACCIÓN Y SÍNTESIS DE DATOS

Se utilizó la declaración PRISMA 2020: identificación, cribado, elegibilidad e inclusión para determinar los estudios finales.

RESULTADOS

Se incluyeron 39 estudios. Se identificaron factores como apoyo entre compañeros, respaldo organizacional, visibilidad del rol, tipo de turno y experiencia profesional, que influyen en el burnout y el engagement. Estos factores afectan directamente la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

DISCUSIÓN

El poder formal e informal en el entorno laboral (autonomía, visibilidad, relaciones y acceso a recursos) influye en el compromiso y previene el burnout. Salud mental, nivel educativo y resiliencia son factores clave en el bienestar profesional. La percepción del entorno laboral se vincula con la potenciación psicológica.

La participación en decisiones clínicas y organizativas fortalece el compromiso. Entornos tipo Magnet Hospital, que promueven un clima saludable y el desarrollo profesional, mejoran la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados.

Autores/as

MARGARITA GUTIERREZ PLATA, ANA ISABEL GONZALEZ SILVA, MACARENA CHACÓN DOCAMPO, JOSE PABLO MOREIRA HERMELO, DAVID ALONSO CRESPO, JENNIFER JIMENEZ GONZALEZ, BEATRIZ GARCIA FERNANDEZ, MANUEL LUQUE OLIVEROS, LUIS JAVIER MARQUEZ

"Factores predictivos de burnout y work engagement en enfermería de quirófano: Revisión sistemática". En XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Toledo: 2025

Referencias

- ¹ 1 Thapa DR, Subedi M, Ekstrom-Bergstrom A, Josefsson KA, Krettek A. Facilitators for and barriers to nurses' work-related health-a qualitative study. *Bmc Nurs*. 5 de agosto de 2022;21(1):218.
- ² 2 Baldonado-Mosteiro M, Almeida MCDS, Baptista PCP, Sánchez-Zaballos M, Rodriguez-Díaz FJ, Mosteiro-Díaz MP. Burnout syndrome in Brazilian and Spanish nursing workers. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3192-e3192.
- ³ 3 Tement S, Zorjan S, Lavrič M, Poštuvan V, Plohl N. A randomized controlled trial to improve psychological detachment from work and well-being among employees: a study protocol comparing online CBT-based and mindfulness interventions. *BMC Public Health*. 16 de noviembre de 2020;20(1):1708.
- ⁴ 4 Serin EK, Ozdemir A, Isik K. The effect of nurses' compassion on burnout: A cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care*. enero de 2021;57(1):371-9.
- ⁵ 5 Carthon JMB, Hatfield L, Plover C, Dierkes A, Davis L, Hedgeland T, et al. Association of Nurse Engagement and Nurse Staffing on Patient Safety. *J Nurs Care Qual*. marzo de 2019;34(1):40-6.
- ⁶ 6 Manomenidis G, Panagopoulou E, Montgomery A. Resilience in nursing: The role of internal and external factors. *J Nurs Manag*. enero de 2019;27(1):172-8.
- ⁷ 7 Asakura K, Asakura T, Satoh M, Watanabe I, Hara Y. Health indicators as moderators of occupational commitment and nurses' intention to leave. *Jpn J Nurs Sci*. enero de 2020;17(1):e12277.
- ⁸ 8 Stone L, Arneil M, Coventry L, Casey V, Moss S, Cavadino A, et al. Benchmarking nurse outcomes in Australian Magnet® hospitals: Cross-sectional survey. *BMC Nurs*. 2019;18(1).
- ⁹ 9 Han J, Kang HJ, Kwon GH. Impact of intelligent healthscape quality on nurse job outcomes and job satisfaction: A test of the moderating effect of innovativeness. *J Nurs Manag*. enero de 2020;28(1):43-53.
- ¹⁰ 10 Moreira AS, Lucca SR de. Psychosocial factors and Burnout Syndrome among mental health professionals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3336-e3336.

Sexualidad y calidad de vida en personas portadoras de una ostomía. Una revisión sistemática.

NIEVES RODRIGUEZ, C. M.
GÓMEZ SANTOS, D.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Ostomía; sexualidad; enfermería; imagen corporal

Resumen

Nieves Rodríguez, CM; Gómez Santos, D.

Título: Sexualidad y calidad de vida en personas portadoras de una ostomía. Una revisión sistemática.

Autoría: Carlos Manuel Nieves-Rodríguez 1, David Gómez-Santos 2.

Carlos Manuel Nieves Rodríguez. <https://orcid.org/0000-0001-5062-1989>

David Gómez Santos. Técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

1. Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de las Islas Baleares, Ctra de Valldemossa, Km 7,5, 07122 Palma de Mallorca, España.

2. Hospital Universitario Son Llàtzer. Ctra. Manacor, Km.4, 07198, Palma de Mallorca, España.

Contexto: La realización de ostomías exige una gran experiencia y habilidad por parte de enfermería para su cuidado y manejo. Sin embargo, también es esencial intervenir ofreciendo educación sanitaria cuando causa cambios que afectan a patrones como el de la sexualidad (1). Conseguir tener una sexualidad satisfactoria y exitosa junto a otros factores como una vida social, un trabajo, una familia, etc. influye en la calidad de vida de cada persona.

Objetivos: General: Analizar el impacto de las ostomías urológicas y digestivas de eliminación en el ámbito sexual del paciente ostomizado.

Específico: Describir los posibles cambios que experimentan en la sexualidad los usuarios con ostomías urológicas y digestivas de eliminación y sus motivos principales.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura científica sobre los estudios que tratan la salud sexual en personas portadoras de ostomías urológicas y digestivas de eliminación. Esta revisión se ha llevado a cabo realizando una búsqueda mediante la evidencia científica encontrada en las principales bases de datos durante los meses de febrero a mayo del 2025 en las bases de datos CINAHL, Scopus, PubMed, Dialnet, Scielo. Las palabras clave utilizadas para formar las ecuaciones de búsqueda fueron los siguientes términos: Ostomía, enfermería, sexualidad, imagen corporal. Para cada una de las búsquedas se utilizaron los operadores booleanos "AND" y "OR". Para llevar a cabo los objetivos planteados se formuló la pregunta de investigación PIO (Patient, Intervention, Outcomes): ¿Las ostomías urológicas y digestivas de eliminación tienen repercusión en la salud sexual de las personas portadoras? Se han establecido criterios de selección que se describen a continuación: Criterios de inclusión: Estudios llevados a cabo en seres humanos. Estudios realizados en pacientes portadores de una ostomía urológica o digestivas de eliminación con una valoración de la calidad metodológica de media – alta. Paciente adulto mayor de 18 años. Se limita la búsqueda a artículos en inglés o español y publicados en los últimos 10 años. Criterios de exclusión: Artículos duplicados en las diferentes bases de datos. Artículos publicados de los cuales no se pudo acceder al texto completo. Artículos que tratan sobre otro tipo de ostomías como yeyunostomías, nefrostomías, ostomías digestivas de alimentación como las gastrostomías, etc. Para valorar la calidad metodológica de los artículos se ha realizado una lectura crítica con el uso de las Fichas de Lectura Crítica 3.0.

Se han examinado de forma independiente el título y el resumen de todas las citas, para su incorporación según los criterios descritos anteriormente. Se han obtenido y examinado de forma independiente los textos completos de todos los estudios potencialmente elegibles. Se han registrado los siguientes parámetros de cada artículo calificado: características básicas del

estudio (autores, año, base de datos, título del artículo, diseño, nivel de evidencia, tipo de muestreo y muestra).

Resultados: Tras realizar la búsqueda bibliográfica se obtuvieron 42911 artículos, en los que se aplicaron los criterios de inclusión/exclusión, y se suprimieron duplicados, obteniendo un total de 15 artículos para realizar el trabajo. A pesar de que entre un 20% y 25% de los ostomizados expresan cambios psicológicos notables y, tres de cada cuatro personas ostomizadas manifiestan una insatisfacción sexual tras la cirugía, aún no se incluye de forma completa la educación en esta área, bien por desconocimiento de ella o por falta de comunicación de forma abierta. En lo referente a la sexualidad, al tratarse de un tema tan personal e íntimo que requiere un vínculo de confianza, es complicada la comunicación entre paciente y profesional sanitario, por lo que también es necesario contar con las aptitudes, actitudes y habilidades necesarias para saber cómo abarcar dicha cuestión. Los problemas sexuales más frecuentes experimentados por los pacientes ostomizados son (2): En mujeres: dispareunia, vaginismo, sequía y pérdida de lubricación vaginal, anorgasmia, pérdida de libido y estenosis vaginal. En hombres: disfunción eréctil, eyaculación precoz, pérdida de libido, problemas para alcanzar y mantener la erección y eyaculación retrógrada.

Se ha visto que estos problemas tienen doble etiología: una de causa orgánica por la propia cirugía y otra por los problemas psicológicos, tales como alteraciones de la imagen corporal, disminución de la autoestima y depresión (la cual puede causar disfunción sexual y al mismo tiempo aumentar los niveles de ansiedad y depresión en el individuo). También es importante considerar que a veces se produce un distanciamiento de las relaciones sexuales por miedo a dañar la ostomía (tanto del paciente como de su pareja) (3).

Por todo ello, es muy importante que se elabore un plan de cuidados (4) acorde a esta problemática y se incluya siempre a los familiares y a la pareja del paciente ya que brinden un acompañamiento esencial, y su vida (5) también se ve afectada de manera brusca por la realización del estoma. No deben dejarse de lado en todo este proceso de adaptación.

Discusión: Debido al impacto en la salud sexual de las personas portadoras de ostomías urológicas y digestivas de eliminación, es evidente que existe un deterioro en la calidad de vida. Existen cambios (6) muy importantes, que repercuten en la nueva manera de vivir la sexualidad, por lo que es necesario que enfermería conozca como trabajar (7) estas situaciones ayudando al paciente ostomizado a afrontarlas de la mejor manera posible. La necesidad de eliminar el tabú que trae consigo la sexualidad en estos pacientes sigue siendo todo un reto, ya que esta esfera íntima está muy afectada en todos ellos, pero muy poco hablada y abordada.

Palabras claves: Ostomía; sexualidad; enfermería; imagen corporal.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en relación con esta revisión.

Autores/as

1. Vallejo Sánchez V. Salud sexual en los pacientes ostomizados. NPunto [Internet]. 2022 [citado el 22 de mayo de 2025]; 5(47):102-124. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulocodigo=8485048&info=resumen&idioma=ENG>

2. Ketterer SN, Leach MJ, Fraser C. Factores asociados con la calidad de vida en personas con estoma en áreas no metropolitanas. Res de Enfermería [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado el 22 de mayo de 2025];70(4):281. doi: 10.1097/NNR.0000000000000511

3. Da Silva AL, Kamada I, Batista De Sousa J, Vianna AL, Gonçalves De Oliveira P. La convivencia conyugal con una pareja ostomizada y sus implicaciones sociales y afectivas: un estudio comparativo de casos y controles. Enferm Glob [Internet]. 2018; 17(2):250-62. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.290051>

4. González Gómez L. Ostomías y sexualidad. Un enfoque enfermero. Npunto 2020 [citado el 23 de mayo de 2025]; 3(33):35-55. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/33/ostomias-y-sexualidad>

5. Da Vera S, de Sousa G, Mesquita S, Carneiro W, Carvalho C, Rangel E. Sexualidade de pacientes com ostomias intestinais de eliminação. Rev Fund Care en línea. 2017; 9 (2): 495-502. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.495-502>

6. Mudarra García N, Meneses Monroy A, Martín Casas P, Pérez Muñoz R, Granizo Martínez JJ, Pacheco del Cerro E. Prevención del trastorno de la imagen corporal tras ostomía por cirugía de cáncer de colon mediante intervención enfermera

previa sobre paciente y familia. Revista ROL de enfermería [Internet]. 2020 [citado el 23 de mayo de 2025];43(10):17-23. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.ponton.uva.es/servlet/articulo?codigo=7742980>

7. Soares-Pinto IE, Moreira Queirós SM, Pereira Alves PJ, Sousa Carvalho TM, Vilaça de Brito Santos CS, Correia de Brito MA. Intervenciones de enfermería para promover el autocuidado en un candidato a una ostomía de eliminación intestinal: revisión del alcance. Aquichán [Internet]. 2022; 22(1):1-23. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.1.2>

Referencias

¹ Vallejo Sánchez V. Salud sexual en los pacientes ostomizados. NPunto [Internet]. 2022 [citado el 22 de mayo 2025]; 5(47):102-124. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8485048&info=resumen&idioma=ENG>

² Ketterer SN, Leach MJ, Fraser C. Factors Associated with Quality of Life Among People Living with a Stoma in Nonmetropolitan Areas. Nurs Res [Internet]. 2021 Jul 1 [citado 22 mayo 2025];70(4):281. doi: 10.1097/NNR.0000000000000511

³ Da Silva AL, Kamada I, Batista De Sousa J, Vianna AL, Gonçalves De Oliveira P. Conjugal coexistence with an ostomized partner and its social and affective implications: A comparative case control study. Enferm Glob [Internet]. 2018; 17(2):250-62. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.290051>

⁴ González Gómez L. Ostomías y sexualidad. Un enfoque enfermero. NPunto 2020 [citado el 23 de mayo 2025]; 3(33):35-55. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/33/ostomias-y-sexualidad>

⁵ Da Vera S, de Sousa G, Mesquita S, Carneiro W, Carvalho C, Rangel E. Sexualidade de pacientes com ostomias intestinais de eliminação. Rev Fund Care Online. 2017; 9 (2): 495-502. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.495-502>

⁶ Mudarra García N, Meneses Monroy A, Martín Casas P, Pérez Muñoz R, Granizo Martínez JJ, Pacheco del Cerro E. Prevención del trastorno de la imagen corporal tras ostomía por cirugía de cáncer de colon mediante intervención enfermera previa sobre paciente y familia. Revista ROL de enfermería [Internet]. 2020 [citado el 23 de mayo 2025];43(10):17-23. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.ponton.uva.es/servlet/articulo?codigo=7742980>

⁷ Soares-Pinto IE, Moreira Queirós SM, Pereira Alves PJ, Sousa Carvalho TM, Vilaça de Brito Santos CS, Correia de Brito MA. Nursing Interventions to Promote Self-Care in a Candidate for a Bowel Elimination Ostomy: Scoping Review. Aquichan [Internet]. 2022; 22(1):1-23. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.1.2>

Percepción del bienestar subjetivo en pacientes en hemodiálisis: relación con factores clínicos y psicosociales.

PARDO VICASTILLO, V.
Andrino Llorente, M. T.
Ruperto López, M. del M.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Atención centrada en el paciente; Bienestar subjetivo; Cuidados de enfermería; Encuestas y Cuestionarios; Hemodiálisis.

Resumen

Objetivos

Principal

Analizar el grado de bienestar subjetivo en personas en hemodiálisis (HD) e identificar su relación con factores clínicos, funcionales, sociodemográficos y psicosociales.

Secundarios

- Conocer la posible relación entre el bienestar y las características demográficas, socioeconómicas y del entorno socio-familiar.
- Estudiar la influencia de los factores clínicos y de adecuación de diálisis, así como su repercusión en el bienestar de personas en HD.

Métodos

Estudio observacional descriptivo transversal en 50 personas prevalentes en HD en el Hospital Universitario de la Princesa (HLPR). El periodo de estudio: octubre de 2024-enero de 2025. Para el reclutamiento de los voluntarios, se utilizó un muestreo por conveniencia por accesibilidad en la unidad de HD.

Los criterios de inclusión fueron adultos en HD (tiempo en HD: ≥ 3 meses) que aceptaron participar en el estudio, y firmaron el consentimiento informado (CI). Se excluyeron personas con problemas neuropsicológicos y/o barrera idiomática que imposibilitara cumplimentar los cuestionarios, y aquellos con ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses.

La variable principal fue el índice de bienestar personal (IBP). Para la recogida de la información se diseñó un cuestionario *ad hoc* para el estudio. Se registraron variables sociodemográficas, nivel socioeconómico y educativo. Se recogió la información relativa a los hábitos tóxicos, estilo de vida, creencia religiosa y las voluntades anticipadas. Asimismo, se registró la etiología de la enfermedad renal crónica (ERC), los parámetros de adecuación de la diálisis, y los síntomas y efectos adversos durante la sesión de HD.

Los datos clínicos y el tratamiento farmacológico se obtuvieron de la historia clínica digital de cada participante. La comorbilidad se midió por el índice comorbilidad de Charlson (CCI). Para valorar el riesgo nutricional se utilizó la escala de malnutrición-inflamación (MIS). Se utilizó la escala de Barthel para evaluar la dependencia funcional.

Para medir el grado de bienestar subjetivo, se aplicó la escala validada en español del IBP. La escala consta de 7 dominios (satisfacción con el nivel de vida, salud, realización personal, relaciones personales, sentimiento de seguridad, conexión con la comunidad y seguridad en el futuro). Es una escala tipo Likert, valorándose cada dominio de 0 (extremadamente insatisfecho) a 10 (extremadamente satisfecho).

Los resultados fueron analizados con el software IBM SPSS v.28.0. La normalidad se evaluó con pruebas no paramétricas (prueba de Wilcoxon y Kruskal-Wallis). Se utilizó la correlación de Spearman para definir la asociación entre las variables continuas. Los datos se expresan en valores absolutos y frecuencias para las variables cualitativas. Los resultados de las

variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico. $p < 0,05$ se consideró significativa.

Resultados

De las 50 personas prevalentes en HD, el 66% ($n=33$) eran hombres, y la edad media de 74 ± 12 años. El 92% ($n=46$) de los participantes contaba con apoyo sociofamiliar y más de la mitad estaban casados. Más del 90% profesaba la religión católica y habían formalizado voluntades anticipadas el 14% ($n=7$). El 68% ($n=34$) de los participantes tenía estudios secundarios o universitarios. En relación con la ocupación principal, el 64% ($n=32$) estaba jubilado, y el 18% ($n=9$) tenía incapacidad laboral. El 68% ($n=34$) tenía nivel socioeconómico medio-alto. Adicionalmente, sólo el 36% ($n=18$) de los participantes realizaba alguna actividad de ocio. En relación con los hábitos y el estilo de vida, se encontró que el 22% ($n=11$) tenía hábitos tóxicos, y el 40% ($n=20$) era sedentario. Además, la prevalencia de sobrepeso fue del 36%. El índice de Barthel mostró que el 52% ($n=26$) tenía un grado de dependencia grave.

Las causas más frecuentes de ERC, fueron las glomerulopatías (24%) y la nefropatía diabética (22%). La mediana del tiempo en HD fue de 95,17 meses. El valor medio de Kt/V urea como indicador de adecuación de la diálisis fue $1,6 \pm 0,3$ (objetivo: $\geq 1,2$). En relación con la sintomatología referida intradiálisis, el 76% de los participantes presentaba algún síntoma, siendo los más frecuentes, calambres (38%), cefalea (12%) y prurito (14%). Alrededor del 46% tenía episodios de hipotensión intradiálisis, y el 30% refirió astenia al finalizar la sesión de HD. La puntuación del CCI mostró globalmente en la muestra alta comorbilidad (RIQ: 7-11 puntos).

La prevalencia global de desnutrición fue del 70% ($n=35$), de los cuales 27 participantes (54%) tenían desnutrición de moderada a extremadamente grave. El 32% ($n=16$) de los participantes desnutridos estaba en tratamiento con suplementación nutricional vía oral. Globalmente, el consumo de psicofármacos en el estudio representaba el 52% ($n=26$).

La puntuación media del IBP fue de 45 ± 12 puntos (nivel medio-alto). El dominio mejor valorado fueron las relaciones personales (8 ± 2 puntos), y el peor valorado la salud actual (5 ± 3 puntos). Se observó correlación positiva entre el IBP y la edad ($r = 0,17$; $p = 0,003$), así como con los 7 dominios del IBP ($r: >0,50$; $p < 0,001$). No se encontraron correlación significativa con variables clínicas y psicosociales.

Discusión

La HD es una terapia médica con complicaciones clínicas asociadas que afectan al bienestar del paciente. Aunque existen estudios publicados analizando la calidad de vida, son limitados aquellos centrados en el bienestar subjetivo, limitando la comparación de resultados. Los estudios publicados hasta la fecha, afirman que la ERC impacta negativamente en el bienestar psicosocial de las personas en HD.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que las personas en HD periódica tenían una alta puntuación del grado de bienestar, medido por el IBP. Asimismo, el IBP mostró correlación significativa con los 7 dominios de la escala. Estudios previos mostraron que el grado de bienestar está afectado antes de iniciar la HD. Otros estudios sostienen que la diálisis per se, y ciertos parámetros clínicos influyen negativamente en el bienestar. Sin embargo, cabe señalar que en el presente estudio, no se encontró asociación significativa con factores psicosociales, variables clínicas y relacionadas con la diálisis.

Adicionalmente, en los diferentes dominios del IBP analizados, se encontró una alta puntuación asociada con las relaciones personales, mientras que la salud actual era la dimensión peor valorada. Estos resultados concuerdan con estudios previos aunque difieren con otros en personas en HD. Factores confundentes como la edad, la alta comorbilidad y los aspectos psicosociales influyen notablemente en el bienestar de las personas en HD.

En relación con las variables analizadas, la edad se correlacionó positivamente con el IBP y con todos sus dominios, lo que concuerda con estudios previos publicados en HD. Estos hallazgos muestran que promover el bienestar en HD impacta en la calidad de vida de las personas en HD. Asimismo, el apoyo sociofamiliar de los participantes (92%) era uno de los factores presumiblemente asociados con el grado de bienestar. Un estudio previo, también observó que contar con apoyo social se consideraba un factor protector del bienestar. Por otro lado, varios estudios han identificado que el consumo de psicofármacos comprometía el bienestar global y la calidad de vida. Sin embargo, en este estudio no se encontró asociación entre el IBP y sus dominios con el consumo de psicofármacos.

Este estudio ha permitido identificar la asociación del grado de bienestar psicosocial con características sociodemográficas y factores clínicos, funcionales, y psicosociales. Los resultados de este estudio, permiten mejorar los cuidados enfermeros en

el marco de atención del modelo psicosocial en personas en HD. Los hallazgos obtenidos permitirán incorporar el IBP como herramienta de valoración en el protocolo de atención y cuidado de enfermería.

En conclusión, este estudio permite conocer mejor cómo impacta el proceso de vivir en diálisis en el bienestar. Son necesarios estudios multicéntricos que incluyan el bienestar como indicador clínico de la calidad asistencial en las personas en HD.

Otros aspectos

Aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Clínica con Medicamentos (CEIm) del HLP (nº: 5725). Todos los participantes fueron informados del objetivo del estudio y firmaron el CI. Los datos personales se anonimizaron mediante un código numérico y se almacenaron en una base de datos en Excel. La información recogida se custodiará en una carpeta segura cifrada, conforme a la legislación vigente. Los autores declaran no tener conflictos de intereses o haber recibido financiación externa para el desarrollo. No se ha empleado la inteligencia artificial para la redacción, desarrollo o realización de este estudio.

Autores/as

Pardo Vicastillo, V. ; Andriano Llorente M.T. ; Ruperto López M. Percepción del bienestar subjetivo en pacientes en hemodiálisis: relación con factores clínicos y psicosociales. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Navarro-González JF, Ortiz A, Cebrián-Cuenca A, Moreno-Barón M, Segú L, Pimentel B, et al. Proyección de la carga clínica y económica de la enfermedad renal crónica entre 2022 y 2027 en España: resultados del proyecto Inside CKD. *Nefrología* [Internet]. 2024 [Consultado 3 Mar 2025]; 44(6):807-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2024.11.009>
- ² Segura FC, Angua M del RM, Morán MIV. Planificación de cuidados de enfermería: cuidados de enfermería durante la sesión de hemodiálisis. *Pro Com Esp Enf Nef* [Internet]. 2024 [Consultado 30 Dic 2024]; 3.10:1-3. Disponible en: <https://doi.org/10.37551/S3020-45420025>
- ³ Fuentes-González N, Díaz-Fernández JK. Significado de la hemodiálisis para la persona con enfermedad renal crónica. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2023 [Consultado 8 Oct 2024]; 26(1):41-7. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842023005>
- ⁴ Giordani-Da Silva C, Giménez-Fernández M, Dos Santos-Prates J. Contexto de cuidado del enfermo renal crónico: conceptos existenciales y humanísticos. *Rev Cuid* [Internet]. 2023 [Consultado 12 Nov 2024]; 14(2). Disponible en: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3006>
- ⁵ Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet C de F, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [Consultado 8 Sep 2024]; 28: e3327. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>
- ⁶ Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Severino SSP, Pozo-Rosado JL, José HMG. Validación de la "Subjective Happiness Scale" en personas con Enfermedad Renal Crónica. *Enferm. glob* [Internet]. 2017 [Consultado 12 Nov 2024]; 16(3):38. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.266571>
- ⁷ Mota de Sousa LM, Marques-Vieira CM, Pedro-Severino SS, Pozo-Rosado JL, Guerreiro-José HM. Validación del índice de Bienestar Personal en personas con enfermedad renal crónica. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2016 [Consultado 10 Sep 2024]; 19(2):135-4. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/s2254-28842016000200005>
- ⁸ Oyanedel JC, Vargas S, Mella C, Páez D. Validación del índice de bienestar personal (PWI) en usuarios vulnerables de servicios de salud en Santiago, Chile. *Rev méd Chile* [Internet]. 2015 [Consultado 2 Nov 2024]; 143(9):1144-51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900007>
- ⁹ Forjaz MJ, Ayala A, Rodríguez-Blázquez C, Prieto-Flores ME, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Perez F, et al. Rasch analysis of the International Wellbeing Index in older adults. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2012 [Consultado 3 Mar 2025]; 24(2):324-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S104161021100158X>
- ¹⁰ Reig-Ferrer A, Arenas MD, Ferrer-Cascales R, Fernández-Pascual MD, Albaladejo-Blázquez N, Gil MT. Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en hemodiálisis. *Nefrología* [Internet]. 2012 [Consultado 8 Sep 2024]; 6(32):731-42. Disponible en: <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Apr.11384>

Valoración de la implantación de la guía BPSO® Acceso Vascular en Atención Primaria

*Martin Vaquero, Y.
Gómez González, I.
García Bernal, A. J.
Rodríguez Alvarez, H.
García Prieto, M. Á.
Martínez Vázquez, M. L.
García Cadenas, M.
de Dios Herrero, M.
Lopez Mozo, V.*

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Acceso Vascular. Atención primaria. Guía de buenas prácticas BPSO.

Resumen

La guía RNAO Acceso Vascular es la guía transversal en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora de la 4ª cohorte del Host Nacional de España. Está formada por un Complejo Asistencial de tres hospitales y 22 centros de salud en un área de salud con gran dispersión geográfica.

En el análisis de situación se detecta la necesidad de unificar la práctica clínica, recursos materiales en ambos niveles asistenciales para que todos los pacientes portadores de dispositivos de accesos vasculares centrales (DAVC) tengan los mejores cuidados basados en la evidencia, en su domicilio sin realizar continuos desplazamientos al hospital.

Objetivos: Identificar las medidas realizadas en la implantación. Valorar la progresión de los cuidados a los pacientes DAVC tipo PICC en Atención Primaria (AP). Identificar áreas de actuación para optimizar los cuidados.

Metodología: Análisis descriptivo de los indicadores de la guía. Fuente de datos: plataforma Carevid+ y memorias de la institución.

Resultados:

Los responsables de AP de implantación, realizan análisis y gestiones precisas hasta lograr disponer de los mismos materiales que en hospital asegurando la continuidad de cuidados en el paciente DAVC tipo PICC (apósito transparente, sujeción, clorhexidina etc.).

No hay continuidad en los sistemas de información, en AP se dispone del aplicativo MEDORA y a nivel de hospital GACELA CARE. Se consensua entre los impulsores de la guía donde realizar el registro en MEDORA para el posterior análisis preciso para la evaluación de los indicadores. Se protocolizan los cuidados, materiales, registro, como comunicar incidencias, situación.

En la intranet de la institución están disponibles para todos los profesionales los protocolos, videos, infografías.

Se crea un formulario forms para comunicar las intervenciones que se realizan en cada centro, impulsor (sesión formativa, acogida nuevos profesionales, estudiantes, sugerencias).

Para asegurar la continuidad entre profesionales y de educación del paciente es una cartilla para el paciente donde se registran todos los cuidados realizados por los profesionales y las recomendaciones para el paciente.

En Carevid+ se ha realizado un total de 5573 mediciones desde 2021 -2024. El 99.7% son pacientes adultos, de los cuales el 65% son mujeres.

El cambio de apósito según el calendario se ha progresado el 21.85% en 2022 hasta 57.17% en 2024. En 2022 6.62% se realiza cada 4-7 días y en 2024 26.20%.

El 93.20% no ha desarrollado complicaciones nuevas relacionadas con el Dispositivo acceso vascular central (DAVC). Las registradas con Flebitis Grado 1 (Dolor) 0.05%, Flebitis Grado 2 (Eritema y/o induración) 0.22%, Flebitis (Grado no especificado) 0.04%, Infección del punto de inserción 0.88% (49), Trombosis 0.04%, Hematoma 0.09%, lesiones dérmicas 2.23% (124), otras 3.45%.

El número total de complicaciones es de 389 (6.9%). El promedio del número total de días con DAVC es de 88.44 días.

Los motivos de retirada son: fin de tratamiento/necesidad 0.48 %, disconfort 0.02%, obstrucción u oclusión 0.04%, lesión asociada a adhesivos de fijación 0.05% , exitus 0.05% , otro 0.47%.

Discusión

La implantación ha conllevado la unificación protocolo entre ambos ámbitos asistenciales. Los pacientes reciben los mismos cuidados y con los mismos recursos materiales.

Las incidencias transmitidas por los profesionales referentes han disminuido.

Se ha logrado unificar registro, cuidado y dar continuidad. Las complicaciones descritas son escasas, flebitis registrada es en grado leve, lesiones dérmicas las más frecuentes, y otras no específicas que será preciso mejorar el registro. El motivo de retirada más reflejado es el fin de tratamiento.

Autores/as

Martin Vaquero Y, Gómez González I, García Bernal AJ, Rodríguez Álvarez H, García Prieto MA, Martínez Vázquez ML, García Cadenas M, de Dios Herrero M, López Mozo V. Valoración de la implantación de la guía BPSO® Acceso Vascular en Atención Primaria. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

¹ Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Acceso Vascular [internet]. 2 ed. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; junio 2021[consultado 11 julio 2025]. Guía de Buenas Prácticas Clínicas. Disponible en: <https://rnao.ca/bpg/language/acceso-vascular-segunda-edici%C3%B3n>

Información adquirida en la atención prenatal: estudio comparativo entre primigestas y multigestas en el 1.er y 3.er trimestre

Pinheiro, A.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: primigestas/multigestas; información; asistencia prenatal

Resumen

Introducción

La atención prenatal (APN) constituye una de las estrategias más relevantes en la promoción de la salud materna e infantil. A través de ella, se busca no solo el seguimiento clínico del embarazo, sino también el empoderamiento de las gestantes mediante la transmisión de información pertinente, clara y adaptada a sus necesidades. Sin embargo, diversos estudios han señalado que la calidad y adecuación de esta información pueden variar significativamente según el perfil obstétrico de la mujer (primigesta o multigesta) y el momento de la gestación (primer o tercer trimestre) [1,2].

En Portugal, los programas de educación prenatal suelen seguir modelos homogéneos, centrados en clases grupales que no siempre consideran las diferencias individuales en cuanto a experiencia previa, expectativas, nivel de conocimiento y contexto sociocultural. Esta falta de personalización puede limitar el impacto de la educación prenatal en la toma de decisiones informadas, el manejo emocional del embarazo y la preparación para el parto y el posparto [3].

Este estudio se propone analizar la adecuación de la información proporcionada en la APN frente a las necesidades específicas de mujeres primigestas y multigestas en el primer y tercer trimestre de embarazo, con el objetivo de identificar posibles brechas informativas y orientar futuras intervenciones educativas más eficaces y centradas en la usuaria.

Objetivos

Identificar la adecuación de la información transmitida en la atención prenatal a las necesidades de las gestantes primigestas y multigestas en el primer y tercer trimestre.

Comparar las necesidades informativas entre los grupos A (primigestas 1T), B (multigestas 1T), C (primigestas 3T) y D (multigestas 3T).

Proponer recomendaciones para la mejora de los programas de educación prenatal en función del perfil obstétrico y la edad gestacional.

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional y transversal entre 2024 y 2025 en el norte de Portugal. La muestra fue no probabilística e intencional, compuesta por 104 gestantes distribuidas en cuatro grupos: 40 primigestas en el primer trimestre (grupo A), 33 multigestas en el primer trimestre (grupo B), 54 primigestas en el tercer trimestre (grupo C) y 50 multigestas en el tercer trimestre (grupo D).

Todas las participantes acudieron a consultas de APN en unidades de salud pública y privada. Se garantizó el consentimiento informado y el anonimato. Se aplicó un cuestionario autoadministrado con preguntas abiertas y cerradas, que incluía:

Caracterización sociodemográfica.

Percepción de la adecuación de la información recibida en la APN.

Codificación de las respuestas en tres niveles: 1 (no abordada), 2 (información insuficiente), 3 (información suficiente).

En el primer trimestre se evaluaron 35 ítems agrupados en cinco dimensiones: estilo de vida (EV), desarrollo del embarazo (DE), aspectos psicosociales (AP), promoción de la salud (PS) y derechos (D). En el tercer trimestre se analizaron 51 ítems distribuidos en siete dimensiones, añadiendo preparación para el parto (PP) y posparto (PP2). Se calculó una puntuación total por dimensión para cada grupo. El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva y prueba t para comparación de medias (SPSS 29.0).

Resultados

Las participantes tenían entre 19 y 41 años, siendo la mayoría con formación superior. En el primer trimestre, el promedio de semanas de gestación fue de 11; en el tercer trimestre, de 34. La media de consultas de APN fue de 2.6.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las dimensiones evaluadas en los grupos A-B y C-D ($p < 0,001$), siendo las puntuaciones más altas en los grupos de multigestas (B y D). Esto sugiere que las mujeres con experiencia previa en gestación perciben una mayor adecuación de la información recibida, posiblemente por tener mayor capacidad de contextualización y comparación.

Las primigestas del primer trimestre (grupo A) reportaron menor suficiencia de información sobre temas como sueño, ropa/calzado, infecciones, legislación de protección de la maternidad y seguridad vial. Las multigestas del mismo trimestre (grupo B) destacaron necesidades relacionadas con aumento de peso, sueño, cuidado de la piel, aspectos emocionales, consentimiento informado y seguridad vial.

En el tercer trimestre, las primigestas (grupo C) indicaron insuficiencia informativa sobre vacunación, legislación, consentimiento informado, preparación para el regreso a casa, consulta y anticoncepción posparto. Las multigestas (grupo D) mencionaron haber recibido información sobre actividad física, comunicación con el feto, consulta y anticoncepción posparto, aunque también señalaron carencias en aspectos emocionales y planificación familiar.

Discusión

Los resultados evidencian que el modelo educativo prenatal homogéneo no responde adecuadamente a las necesidades específicas de las gestantes. La experiencia obstétrica y la etapa gestacional influyen directamente en las expectativas, demandas informativas y capacidad de comprensión de las mujeres embarazadas.

La creación de grupos/clases diferenciados según el historial obstétrico y la edad gestacional permitiría una mayor personalización de los contenidos, facilitando el aprendizaje significativo y el empoderamiento materno. Además, la incorporación de metodologías activas, como talleres participativos, simulaciones y recursos digitales, podría mejorar la retención de la información y la satisfacción de las usuarias.

Es fundamental que los profesionales de salud reconozcan la diversidad de perfiles entre las gestantes y adapten sus intervenciones educativas en función de sus características individuales. Esto incluye considerar factores como nivel educativo, contexto cultural, apoyo familiar, y experiencia previa con el sistema de salud.

Conclusión

La adecuación de la información en la atención prenatal varía significativamente según el perfil obstétrico y el trimestre de gestación. Las multigestas tienden a percibir mayor suficiencia informativa, mientras que las primigestas presentan mayores demandas y vacíos en temas clave. Adaptar los contenidos y formatos educativos a las necesidades reales de las gestantes puede mejorar la calidad de la atención, promover el empoderamiento materno y contribuir a mejores resultados en salud.

Se recomienda revisar los programas de educación prenatal vigentes, incorporando estrategias de segmentación por perfil obstétrico y edad gestacional, así como metodologías activas y culturalmente sensibles. Investigaciones futuras deben centrarse en identificar los componentes más eficaces de estos programas y evaluar su impacto a largo plazo en la salud materno-infantil.

Autores/as

Pinheiro AA, Sardo DAS, Henriques VB & Côtô R. Información adquirida en la atención prenatal: estudio comparativo entre primigestas y multigestas en el 1.er y 3.er trimestre. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025

Referencias

¹ Mendes RB, Santos JM de J, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020Mar;25(3):793-804. Available from:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018Avignon V, et al. BMC Pregnancy Childbirth. 2023; 23:741. https://doi.org/10.1186/s12884-023-06049-8>

² Avignon V., Gaucher L., Baud D. et al. What do mothers think about their antenatal classes? A mixed-method study in Switzerland. BMC Pregnancy Childbirth 23, 741

(2023). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06049-8>

³ Zaman A, Fadlalmola HA, Ibrahem SE, Ismail FH, Abedelwahed HH, Ali AM et al. The role of antenatal education on maternal self-efficacy, fear of childbirth, and birth outcomes: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Midwifery*. 2025;9(March):1-16. <https://doi.org/10.18332/ejm/200747>

⁴ Felisian S, Mushy SE, Tarimo EAM, Kibusi SM. Sociocultural practices and beliefs during pregnancy, childbirth, and postpartum among indigenous pastoralist women of reproductive age in Manyara, Tanzania: a descriptive qualitative study. *BMC Womens Health*. 2023;23(1):123. doi:10.1186/s12905-023-02277-4

⁵ Hatamleh R, Abujilban S, AbuAbed ASA, Abuhammad S. The effects of a childbirth preparation course on birth outcomes among nulliparous Jordanian women. *Midwifery*. 2019;72:23-29. doi:10.1016/j.midw.2019.02.002

⁶ Madhavanprabhakaran GK, D'Souza MS, Nairy K. Effectiveness of childbirth education on nulliparous women's knowledge of childbirth preparation, pregnancy anxiety and pregnancy outcomes. *Nurs Midwifery Stud*. 2017;6(1). doi:10.5812/nmsjournal.32526

Continuidad de cuidados, uso de servicios de urgencias e ingresos hospitalarios en pacientes con visitas a domicilio.

González de Paz, L.

Serna, A.

García, N. I.

Gómez, E.

Roura, S.

Sisó, A.

Benavent, J.

Herranz, C.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Continuity of Patient Care; Primary Health Care; Health Services Research; Professional-Patient Relations; Home Care Services

Resumen

Objetivo: La continuidad de cuidados y visitas con la misma enfermera es una característica distintiva del sistema de atención primaria en España, donde cada ciudadano está asignado de manera estable a una enfermera de atención primaria de un centro de salud. Este modelo favorece la continuidad de los cuidados (longitudinalidad) y permite monitorizar indicadores de continuidad profesional de forma fiable. Sin embargo, la continuidad de visitas con la misma enfermera no siempre es posible en la práctica clínica. Este estudio evaluó el efecto de la continuidad de cuidados con la enfermera asignada en el uso de ambulancias, visitas a urgencias hospitalarias e ingresos en pacientes que requieren atención domiciliaria permanente.

Método: Estudio de cohorte retrospectivo en tres centros de salud urbanos de Barcelona. Se incluyeron todos los pacientes que precisaban visitas domiciliarias de forma permanente por problemas de salud, limitaciones funcionales o barreras sociales que les impedían desplazarse al centro. La continuidad se midió mediante el índice Usual Provider of Care (UPC), calculado como el porcentaje de visitas realizadas por la misma enfermera respecto al total de visitas en un año. Se evaluaron las asociaciones entre continuidad y uso de servicios mediante modelos mixtos de regresión logística y modelos de Cox ajustados por sexo, edad, dependencia funcional (Barthel) y comorbilidad-complejidad (GMA). Se analizaron diferentes umbrales de continuidad (<50%, 50-<75% y $\geq 75\%$).

Resultados: Se realizó seguimiento a 1.207 pacientes (71,5% mujeres, edad media 88,5 años, DE 8,9). El 43% tenía dependencia moderada o total (Barthel ≤ 40) y el 96% alta comorbilidad y complejidad (GMA >2). La media de continuidad con la enfermera fue del 83,1% (DE 24%). Una mayor continuidad de visitas con la misma enfermera se asoció con una reducción significativa en el uso de ambulancias (OR: 0,41; IC95%: 0,24-0,71), visitas a urgencias (OR: 0,45; IC95%: 0,26-0,78) e ingresos hospitalarios (OR: 0,43; IC95%: 0,25-0,76). En los modelos de Cox ajustados, un umbral de continuidad $\geq 75\%$ se asoció con una reducción del 38% en el riesgo de hospitalización (HR: 0,62; IC95%: 0,46-0,83).

Discusión: Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que ha examinado el efecto de la continuidad de los cuidados, específicamente con enfermeras, en atención domiciliaria y en el mundo. Los resultados muestran que una alta continuidad ($\geq 75\%$) con la enfermera asignada se asocia de forma robusta con menor uso de visitas a la unidad de urgencias y a de ingresos hospitalarios. Este efecto sugiere que mantener un vínculo estable enfermera-paciente puede prevenir descompensaciones y evitar hospitalizaciones. Reforzar la continuidad relacional en atención domiciliaria no solo mejora los resultados clínicos, sino que también humaniza el cuidado y contribuye a la eficiencia del sistema sanitario para pacientes frágiles y crónicos.

Nuestros hallazgos respaldan la continuidad de cuidados con la enfermera de atención primaria como un indicador clave de calidad en la atención domiciliaria. Integrar estrategias que garanticen la asignación estable de enfermeras y promuevan su papel en la gestión de casos complejos podría reducir la carga de urgencias y hospitalizaciones, mejorar la experiencia del paciente y optimizar el uso de recursos sanitarios. Estos resultados apoyan el fortalecimiento de modelos de atención centrados en la continuidad de los cuidados, especialmente en sistemas de salud que buscan mejorar los resultados en poblaciones envejecidas y con multimorbilidad.

Autores/as

Luis González, Amaya Serna, Nuria Isabel García, Elena Gómez, Silvia Roura, Antoni Sisó, Jaume Benavent, Carmen Herranz. Continuidad de cuidados, uso de servicios de urgencias e ingresos hospitalarios en pacientes con visitas a domicilio. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

¹ Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327(7425):1219-1221. doi:10.1136/BMJ.327.7425.1219

² Baker R, Bankart MJ, Freeman GK, Haggerty JL, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2020;70(698):E600-E611. doi:10.3399/BJGP20X712289

³ Hetlevik O, Holmas TH, Monstad K. Continuity of care, measurement and association with hospital admission and mortality: a registry-based longitudinal cohort study. *BMJ Open*. 2021;11(12):e051958. doi:10.1136/BMJOPEN-2021-051958

⁴ Coma E, Mora N, Peremiquel-Trillas P, et al. Influence of organization and demographic characteristics of primary care practices on continuity of care: analysis of a retrospective cohort from 287 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):56. doi:10.1186/S12875-021-01414-Y

⁵ Breslau N, Reeb KG. Continuity of care in a university-based practice. *J Med Educ*. 1975;50(10):965-969. doi:10.1097/00001888-197510000-00006

⁶ Bayliss EA, Ellis JL, Shoup JA, Zeng C, McQuillan DB, Steiner JF. Effect of continuity of care on hospital utilization for seniors with multiple medical conditions in an integrated health care system. *Ann Fam Med*. 2015;13(2):123-129. doi:10.1370/AFM.1739

Estimulación sensorial durante la atención a la alimentación: Impacto nutricional en pacientes con deterioro cognitivo

Feria Raposo, I.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Alimentación, nutrición, estimulación sensorial, cuidados

Resumen

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la nutrición como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo 1. En este sentido, debe haber una relación proporcional de la cantidad que se ingiere con la cantidad que necesita nuestro organismo para poder llevar a cabo los procesos metabólicos básicos. En cambio, si lo que comemos no contiene los nutrientes suficientes para garantizar las necesidades metabólicas, existe un desequilibrio nutricional que conocemos como malnutrición.

Las necesidades nutricionales y la sensación de hambre se pueden ver alteradas con la edad, siendo factor de riesgo en poblaciones de edad avanzada y características frágiles, que, junto con un deterioro cognitivo, pueden agravarse y predisponer a presentar un bajo peso o un riesgo de malnutrición.

La bibliografía muestra posibles beneficios nutricionales en pacientes con deterioro cognitivo al realizar pequeñas modificaciones en el entorno 2. Entre estas intervenciones de manejo ambiental destaca la efectividad del uso de vajilla de colores, evidenciando que este perfil de pacientes, al visualizar diversidad cromática, genera una estimulación sensorial, tanto visual como gustativa 3, 4, que podría impactar en el aumento de la ingesta alimentaria 5, 6, 7, 8. Este hecho podría corresponderse con un aumento ponderal 9, además de cambios comportamentales respecto a la actitud de la persona hacia la comida 10. No obstante, las evidencias de distinción en función del grado o del tipo de deterioro cognitivo no han resultado significativas.

Este estudio pretende evidenciar que, la estimulación sensorial en pacientes con deterioro cognitivo, mediante la introducción de una vajilla de color en las comidas, es efectiva para la mejoría de valores ponderales, respuestas conductuales hacia la comida y de parámetros analíticos, además de un menor riesgo de padecer malnutrición.

Esta investigación puede ser importante por los siguientes motivos:

- Comportar beneficios directos en la salud de los pacientes con deterioro cognitivo, mejorando el estado nutricional y disminuyendo el riesgo de malnutrición
- Evidenciar la eficacia de cuidados que no precisan de un tiempo añadido para su aplicación
- Se trataría de una actividad de bajo coste económico y que podría sustituir y/o complementar otro tipo de tratamientos más costosos, como fármacos o suplementos nutricionales.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Objetivo principal

Evaluar el impacto de la estimulación sensorial durante las comidas mediante los colores en el estado nutricional de los pacientes con deterioro cognitivo

- Objetivos específicos

oEvaluar los posibles cambios ponderales durante el periodo de estudio.

oEvaluar el riesgo de malnutrición en la población estudiada.

oEvaluar la respuesta comportamental respecto a la comida en la población a estudio.

oEvaluar los cambios analíticos (albúmina, proteínas totales, leucocitos, colesterol total, vitamina B) durante el periodo de estudio.

METODOLOGÍA Y ANÁLISIS

Se trata de un estudio cuantitativo experimental pre-post con grupo control.

La población de estudio son pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo, en cualquiera de sus posibles variantes, ingresados en el área de atención intermedia y en un proceso de larga estancia geriátrica de Fundació Hospitalàries Sant Boi y con ingesta alimentaria autónoma o con ayuda.

Los criterios de inclusión serían:

·Aceptación voluntaria a participar (en el caso de pacientes con modificación de la capacidad jurídica se requerirá aceptación de sus tutores legales).

·Diagnóstico de deterioro cognitivo de cualquier tipo (Alzheimer, demencia vascular...).

·Ingesta autónoma o con ayuda (valorado con escala Barthel, puntuación entre 5 y 10 puntos en la variable "comida").

Los criterios de exclusión serían:

·Pacientes con pauta de suplementos dietéticos.

Los participantes incluidos en el estudio serán asignados aleatoriamente a uno de los grupos: experimental (utilizando una vajilla de color rojo) o control (que usará la vajilla habitual de color blanco).

Los datos de los participantes se recogerán mediante consulta de historia clínica, entrevista y exploración física para medición de datos antropométricos, valoración conductual y de funcionalidad, valoración del riesgo nutricional y pruebas de laboratorio de parámetros sanguíneos.

La variable independiente será el tipo de vajilla, teniendo dos categorías posibles: vajilla estándar o vajilla de color (variable cualitativa binaria), y las variables dependientes serán definidas como variables cuantitativas continuas, siendo las siguientes:

·Índice de masa muscular (IMC)

·Riesgo de malnutrición: mediante la escala Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF).

·Evaluación conductual: evaluación de los comportamientos aversivos durante las comidas mediante la versión española de la Edinburgh Feeding Evaluation In Dementia Scale (EdFED).

·Parámetros sanguíneos de albúmina, proteínas totales, leucocitos, colesterol total y vitamina B

·Variables sociodemográficas (sexo, edad) y clínicas, como el tipo de deterioro cognitivo y el tipo de dieta (basal, fácil masticación o texturizada)

Para el registro de los valores de las variables, además de las propias bases informatizadas de Fundació Hospitalàries Sant Boi, se utilizará una base de datos donde se registrarán todos los valores, tanto pre-intervención como post-intervención.

Primeramente, se llevará a cabo una medición basal de todas las variables descritas. Tras estas, se iniciará la intervención, utilizando la vajilla correspondiente a cada grupo, con una continuidad de 6 meses. El personal asistencial será conocedor de qué pacientes forman parte del grupo experimental, para asegurar el cumplimiento de la intervención.

Durante todo el proceso, se realizarán las siguientes mediciones a todos los participantes:

·IMC / MNA-SF / Barthel: a los 2 y 4 meses de inicio de la intervención

·EDFed: al mes, a los 2 y 4 meses de inicio de la intervención

Una vez finalizada la intervención a los 6 meses, se realizará una última medición de todos los datos y escalas, además de la analítica con los parámetros sanguíneos descritos.

El estudio se iniciaría durante el mes de junio del 2022, y tendrá una duración máxima de 2 años, finalizando en junio del 2024.

Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables de estudio global y por grupos para describir las características de los sujetos de estudio, se utilizarán tablas de frecuencias y gráficos para facilitar la exposición y comprensión de los resultados. Las variables continuas se expresarán como medias, desviaciones estándares y rangos. Para la descripción de las variables categóricas se emplearán las frecuencias y/o porcentajes. Se calcularán los intervalos de confianza del 95%.

El análisis comparativo de variables continuas consistirá, por un lado, en la prueba U de Mann-Whitney para comparar los resultados obtenidos después de la intervención en función del tipo de vajilla en las diferentes variables dependientes. Por otro lado, también se realizarán comparaciones pre-post entre grupos mediante análisis no paramétrico para muestras relacionadas con Wilcoxon, en las cuales se podrá constatar si se han producido cambios antes y después del uso de la vajilla correspondiente en cada uno de los parámetros.

El análisis se realizará con soporte de la herramienta informática SSPS.

El presente estudio se llevará a cabo en cumplimiento de la Declaración de Helsinki (versión en vigor; actualmente Fortaleza, Brasil, octubre 2013) y las Buenas Prácticas Clínicas. El estudio será realizado de acuerdo con el protocolo y con los requisitos legales pertinentes, dispuestos en la Ley 14/2007 de 3 de julio, de Investigación biomédica. Siendo imprescindible solicitar el consentimiento informado a todos los participantes antes de su inclusión en el estudio. Se considera que esta investigación no supone ningún riesgo para la salud debido a la seguridad de los procedimientos de evaluación ni implica riesgo sobreañadido alguno para el paciente.

La información y datos recogidos serán sometidos a un proceso de codificación para cumplir el deber de confidencialidad y las medidas de seguridad de acuerdo con la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

RESULTADOS

La muestra total del estudio la compusieron 18 personas, de las cuales 9 estaban en el grupo experimental y 9 en el grupo control. La media de edad es de 81,3 años (DE 9,07), siendo un 72,2% mujeres (13) y un 27,8% hombres (5). El 44,4% tenía un diagnóstico de deterioro cognitivo no especificado (8), un 22% Alzheimer (4), el resto demencia mixta o vascular (6). El 72,2% (13) tenían dieta basal blanda y un 27,8% (5) una dieta texturizada, ningún participante llevaba una dieta basal, y ninguno presentaba disfagia ni riesgo. Eran portadores de prótesis dental el 83,3% (15). No se observaron diferencias entre grupos ni en sexo, ni deterioro cognitivo ni tipo de dieta, confirmando, a pesar del tamaño limitado muestral, la comparabilidad basal entre grupos.

En la comparación entre grupos pre-post mediante la prueba de Wilcoxon, el GE mostró una mejora significativa en la conducta alimentaria mediante las puntuaciones de la escala EdFED ($p=0,012$) y en los niveles de proteínas totales ($p=0,024$). También se observó una tendencia positiva (no significativa) en la puntuación del MNA-SF, con una mejoría de 1 punto ($p=0,118$) y en los niveles de albúmina, con una subida media de 22,5pmol/L ($p=0,081$). No se hallaron cambios significativos ni en el Barthel ni en el resto de parámetros analíticos.

No se observaron cambios estadísticamente significativos entre grupos con la prueba U de Mann-Whitney. Aunque se identificó una tendencia marginal hacia mejora del Barthel en el GE ($p=0,063$) y un mayor aumento del nivel de Vitamina B ($p=0,133$). Esto podría indicar un efecto clínicamente relevante que se tendría que confirmar con ampliación de muestra.

DISCUSIÓN

Los resultados de mejora en la respuesta comportamental en el GE demuestran que la estimulación sensorial en personas con deterioro cognitivo ofrece una actitud positiva hacia la comida y su ingesta. La mejora de algunos de los indicadores nutricionales, especialmente proteínas y vitamina B, demuestran una mejora en el estado nutricional posiblemente

relacionado con un aumento de la ingesta alimentaria. A su vez, también las ligeras mejoras funcionales mediante la escala Barthel en el GE y la mejora en las puntuaciones del MNA-SF tras la intervención suponen una herramienta de cuidado efectiva en la reducción de riesgos para la seguridad del paciente, como es el riesgo de malnutrición. No obstante, consideramos estos resultados como preliminares debido a que el total de la muestra es escasa y algunos resultados deberían confirmarse con ampliación de participantes, y así determinar que los efectos de la intervención sean clínicamente relevantes.

CONCLUSIONES

Estos resultados preliminares apuntan a que el estímulo sensorial durante las comidas podría favorecer la ingesta y la cantidad de nutrientes ingeridos en las personas con deterioro cognitivo (independientemente de su tipo o grado) que no sean dependientes en este cuidado, teniendo un efecto positivo en ciertos indicadores nutricionales, funcionales y conductuales.

Dado su bajo coste, su intervención no invasiva y su fácil implantación en el ámbito institucional se presenta como una estrategia de cuidado factible en pacientes con deterioro cognitivo y riesgo de malnutrición, siendo totalmente aplicable e implantable de forma sostenida.

Con esta investigación se han objetivados los siguientes beneficios:

- Con respecto a la persona, conseguir un mejor estado nutricional y funcional, y, en consecuencia, un mejor estado de salud general
- A nivel científico, evidenciar la eficacia de una intervención de cuidados de enfermería para abordar el riesgo de malnutrición en pacientes con deterioro cognitivo.

Autores/as

Blas Blánquez Gómez, Isabel Feria Raposo, Mónica Guerra Simón, Ana García Masip, David Horcajo Guerrero, Mónica Pastor Ramos, Lidia Ruiz Ramon, Isabel Del Amo Fernández, Yolanda Patiño Cobo. Estimulación sensorial durante la atención a la alimentación: Impacto nutricional en pacientes con deterioro cognitivo. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ WHO Headquarters. Nutrition (who.int). Ginebra, Suiza: 2022. [Citado el 11 de marzo del 2022] Recuperado a partir de: <https://www.who.int/health-topics/nutrition>
- ² Rentería López N. Intervenciones de enfermería para reducirla desnutrición y promover la alimentación en las personas mayores con demencia.
- ³ Piqueras-Fizman B., Spence C. Colour, pleasantness, and consumption behaviour within a meal. *Appetite* (2014)
- ⁴ Spence C, et al. Assessing the impact of the tableware and other contextual variables on multisensory flavour perception. *Flavour* 2012, 1:7
- ⁵ Rasines Elena L. Revisión bibliográfica sobre los colores y su influencia en la percepción sensorial y en la respuesta emocional. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2019; 25(1)
- ⁶ Volkert D, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical Nutrition* 34 (2015)1052-1073
- ⁷ Dunne T, et al. Visual contrast enhances food and liquid intake in Advanced Alzheimer's disease. *Clinical Nutrition* (2004) 23, 533 - 538
- ⁸ Donnelly R, Wei C, Morrison-Koechl J, Keller H. The effect of blue dishware versus white dishware on food intake and eating challenges among residents living with dementia: a crossover trial. *BMC Res Notes*. 2020;13(1):353. Published 2020 Jul 23. doi:10.1186/s13104-020-05195-y
- ⁹ Jackson J, et al. Intervenciones para reducir la desnutrición y promover la alimentación en las personas mayores con demencia. *Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals*. 2011; 15(14): 14
- ¹⁰ Saucedo Figueredo MC, Morilla Herrera JC, San Alberto Giraldo M, López Leiva I, León Campos Á, Martí García C, et al. (2018) Validation of the Spanish version of the Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale for older people with dementia. *PLoS ONE* 13(2): e0192690. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192690>

Beyond boundaries: internationalization “at home” through virtual exchange at universities from the European Higher Education Area

VISIERS-JIMÉNEZ, L.
BAEZA-MONEDERO, M. I.
NIERSMAN, A.
PALSMAN, M.
GÓMEZ DE TERREROS-CARO, G.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Cultural competency; Cultural Sensibility; Students, Nursing; Satisfaction; Internationalization “at home”

Resumen

Background: Internationalization activities "at home" are training alternatives accessible to all nursing students that help them navigate effectively and sensitively in diverse cultural contexts.

Aim: To analyze the impact of an internationalization activity at home (dialogue between peers in an intercultural context) on the level of cultural sensitivity of first-year nursing students from two European universities (Spain and the Netherlands) during the 2024-25 academic year. Secondly, to describe the satisfaction degree of students with the activity.

Methods: A quasi-experimental pre-post study of a single group (non-probabilistic consecutive sampling) assessing the level of cultural sensitivity, through the Intercultural Sensitivity Scale questionnaire (ISS) (24 items) before and after the intervention (higher scores on the ISS suggest a higher level of sensitivity in intercultural interaction), and the level of satisfaction post-intervention through the Students' Satisfaction with International Activities at Home questionnaire (Q-SSIAH) (10 items). The response format for both scales was Likert-type with five anchors ranging from 1 = Strongly Disagree to 5 = Strongly Agree. Data collection was carried out through the REDcap® platform between February and April 2025. Significant differences were assumed at $p < 0.05$ for a 95% confidence interval for all tests.

Results: Forty-five students participated in the activity, with a mean age of 19.67 (SD 4.062), 80% of whom were women. Most met twice, between 1h and 1h 30' each time. WhatsApp video calling (31.9%) or Instagram (23.4%) were the main means of communication students used during the activity. The biggest challenge they faced was the language barrier (47.7%), and aligning agendas for scheduling the meetings (20.5%). The mean overall score on the Intercultural Sensitivity Scale was 94.27 (SD 8.633) before the activity [The Netherlands: mean 90.68 (SD 9.272); Spain: mean 98.02 (SD 6.633)]. After the activity, the mean ISS score increased to 97.93 (SD 8.577) [The Netherlands: mean 95.02 (SD 8.537); Spain: mean 100.91 (SD 7.968)]. Significant differences were found when comparing the ISS mean overall score from pre- to post-activity ($p=0.0019$) and specifically in dimension 3 (Interaction Confidence) ($p=0.00527$). When comparing pre-post scores regarding students' nationality, significant differences were only found in Dutch students ($p=0.045$). The overall mean satisfaction with the activity was 7.8 (SD 1.51).

Discussion: The level of intercultural sensitivity found in nursing students participating in the activity is higher than the one found in students from other backgrounds. Several contextual factors are described in the literature that influence the development of intercultural sensitivity as educational level, exposure to different cultures, age, gender, and intercultural education. Study results corroborate the influence of participation in an intercultural activity at home on the development of intercultural sensitivity.

Conclusion: The activity “Peer Dialogue in a Multicultural Context” contributes to raising cultural sensitivity among nursing students as a first step in the ongoing process of acquiring cultural competencies during training.

Autores/as

Visiers-Jiménez L, Baeza-Monedero MI, Niersman A, Palsma M, Gómez de Terreros-Caro, G. Beyond boundaries: internationalization “at home” through virtual exchange at universities from the European Higher Education Area. En: XXIX

Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Chen GM, Starosta WJ. Intercultural sensitivity scale. *Human Communication*. 2000.
- ² Ruiz-Bernardo P, Ribés AS, Sánchez-Tarazaga L, Mateu-Pérez R. Intercultural sensitivity and measurement instruments: A systematic review of the literature. *International Journal of Intercultural Relations*. 2024 Sep 1;102:102035
- ³ Gómez Yepes T, Etchezahar E, Albalá Genol MÁ, Maldonado Rico A. Validation of the intercultural sensitivity scale in the Spanish context. In *Frontiers in Education* 2023 Jun 15 (Vol. 8, p. 1208081). Frontiers Media SA A systematic review of the literature. *International Journal of Intercultural Relations*. 2024 Sep 1;102:102035
- ⁴ Ruiz-Bernardo P, Sanchiz-Ruiz ML, Gil-Gómez J. Study of intercultural sensitivity among young people in the province of Castellón, Spain. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014 May 15;132:318-23
- ⁵ Antón-Solanas I, Tambo-Lizalde E, Hamam-Alcober N, Vanceulebroeck V, Dehaes S, Kalkan I, Kömürçü N, Coelho M, Coelho T, Casa Nova A, Cordeiro R. Nursing students' experience of learning cultural competence. *PLoS One*. 2021 Dec 17;16(12):e0259802
- ⁶ Choi JS, Kim JS. Effects of cultural education and cultural experiences on the cultural competence among undergraduate nursing students. *Nurse education in practice*. 2018 Mar 1;29:159-62
- ⁷ Granel N, Leyva-Moral JM, Morris J, Šáteková L, Grosemans J, Bernabeu-Tamayo MD. Student's satisfaction and intercultural competence development from a short study abroad programs: A multiple cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*. 2021 Jan 1;50:102926
- ⁸ Sharifi N, Adib-Hajbaghery M, Najafi M. Cultural competence in nursing: A concept analysis. *International journal of nursing studies*. 2019 Nov 1;99:103386

Implantación del Informe de Continuidad de Cuidados Estructurado con Lenguaje Enfermero

CAMARASA ESCUDERO, L.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: calidad, alta enfermería, informe, continuidad cuidados

Resumen

Marco Teórico

La continuidad asistencial entre niveles sanitarios es clave para garantizar seguridad y calidad en los cuidados, evitando errores clínicos, duplicidades y reingresos. En este contexto, el Informe de Continuidad de Cuidados al Alta Hospitalaria (ICCAH) se plantea como una herramienta fundamental para la coordinación entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria.

La evidencia muestra que los informes estructurados mejoran la comunicación interprofesional, reducen la variabilidad clínica y favorecen la toma de decisiones en Atención Primaria. El uso de lenguaje enfermero estandarizado (taxonomías NANDA, NIC y NOC) aporta precisión, homogeneidad y capacidad de evaluación en el registro de diagnósticos, intervenciones y resultados.

En el Hospital Universitario de la Ribera (HULR), la historia clínica electrónica Nousis permite elaborar distintos tipos de ICCAH. El formato "tipo básico" recoge los tres últimos registros enfermeros y puede incluir un apartado de recomendaciones y cuidados. Por otro lado, el ICCAH estructurado con lenguaje enfermero automatiza apartados del informe, sugiere diagnósticos NANDA y fomenta el uso de lenguaje normalizado, aunque requiere más tiempo y adaptación individualizada.

La implantación de este modelo enfrenta barreras, especialmente por la carga laboral y la falta de tiempo, lo que dificulta su uso generalizado frente al formato básico, más ágil de cumplimentar.

El presente estudio evalúa la aplicación de ambos formatos y propone acciones de mejora.

Metodología

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario de la Ribera (HULR), centro de referencia del Departamento de Salud de la Ribera (Alzira, Valencia), con 359 camas y una población aproximada de 260.000 habitantes. Se diseñó como un estudio descriptivo, cuantitativo y retrospectivo, analizando los informes de Continuidad de Cuidados (ICCAH) en pacientes adultos no críticos dados de alta entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2024.

Criterios de inclusión: pacientes hospitalizados en unidades de hospitalización convencionales (H1D, H1I, H2D, H3D, H3I, H4D, H4I, H5D, H5I) y dados de alta durante el período de estudio.

Criterios de exclusión: pacientes pediátricos, psiquiatría, críticos (REA, UCI), cirugía mayor ambulatoria, URPA, UHD, altas voluntarias, desconocidas o éxitus.

La muestra final estuvo formada por los pacientes que cumplían los criterios en el período estudiado.

La información se obtuvo mediante consulta de la historia clínica electrónica Nousis, identificando el tipo de ICCAH utilizado (básico o estructurado con lenguaje enfermero) y la inclusión de "Recomendaciones y cuidados".

Las variables analizadas incluyeron:

- Unidad de hospitalización.
- Tipo de informe (básico o estructurado con lenguaje enfermero).
- Inclusión o no del apartado "Recomendaciones y cuidados".

Se llevó a cabo un análisis descriptivo, empleando porcentajes para variables cualitativas, representados en diagramas de barras y sectores con Microsoft Excel 2025.

El estudio respetó los principios éticos de la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y la Ley 14/2007 de investigación biomédica, y obtuvo aprobación del Comité de Ética e Investigación del HULR.

Resultados

Durante el período de estudio (1 de octubre al 31 de diciembre de 2024) se registraron 8.525 altas hospitalarias. Tras aplicar criterios de exclusión (37% por unidades no incluidas y 3% por destino de alta: éxitus, desconocido o voluntario), la muestra final quedó en 5.183 pacientes (61% del total).

Del total de la muestra, el 90,2% contaba con un ICCAH registrado:

- ICCAH tipo básico: 3.444 informes (73,7%), de los cuales el 75,9% incluyeron "Recomendaciones y cuidados".
- ICCAH estructurado con lenguaje enfermero: 1.232 informes (26,3%), con un 72,9% que incorporaron "Recomendaciones y cuidados".

En conjunto, se analizaron 4.676 ICCAH con recomendaciones.

Respecto a la distribución por unidades:

- La Primera Planta Derecha fue la que más informes registró (764), seguida de la Segunda Planta Derecha (725) y la Tercera Planta Izquierda (722).
- La Primera Planta Derecha alcanzó la mayor cobertura de ICCAH (97,8%).
- La Cuarta Planta Izquierda fue la que más incluyó recomendaciones (86%).
- La Quinta Planta Izquierda destacó como la unidad con mayor uso de ICCAH estructurado con lenguaje enfermero (51,7%).

Estos resultados muestran una elevada elaboración de informes, pero con predominio del formato básico frente al estructurado con lenguaje enfermero.

Discusión

A pesar de la elevada cobertura de informes, el uso del ICCAH estructurado con lenguaje enfermero es aún limitado e insuficiente, existiendo variabilidad significativa entre unidades en cuanto a la calidad de los registros.

Las barreras identificadas incluyen la sobrecarga laboral y el tiempo que requiere la cumplimentación estructurada.

La falta de homogeneidad en la aplicación puede comprometer la continuidad asistencial y la calidad de la información compartida.

Se recomienda implementar programas de formación continua y estrategias de sensibilización, además de promover el ICCAH estructurado como estándar, tomando como referencia las buenas prácticas detectadas en unidades con mayor adherencia.

Conclusiones

Se confirma la baja adherencia al uso del ICCAH estructurado con lenguaje enfermero, predominando el formato básico.

El 90,2% de los pacientes de la muestra contaron con un ICCAH, siendo el 76,2% tipo básico y más del 70% en ambos formatos con recomendaciones.

Existen diferencias relevantes entre unidades:

- Mayor registro de ICCAH en la Primera Planta Derecha (97,8%).
- Mayor inclusión de recomendaciones en la Cuarta Planta Izquierda (86%).
- Mayor uso del ICCAH estructurado en la Quinta Planta Izquierda (51,7%).

Para fortalecer la continuidad asistencial, es imprescindible incrementar el uso del lenguaje enfermero estandarizado en todas las unidades.

Se recomienda consolidar el ICCAH estructurado como práctica habitual mediante estrategias formativas, organizativas y de mejora continua.

Autores/as

Borras R, Llanes J, Zafra MC, Oya M, Oliver G, Aragón J, Daoud S, Gomis S, Camarasa L. Implantación del Informe de Continuidad de Cuidados Estructurado con Lenguaje Enfermero. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Toledo: 2025.

Referencias

- ¹ 1. Rodríguez-Suárez CA, Hernández-y de Luis MN, Mariscal-Crespo MI. Continuidad de cuidados y alta hospitalaria. *Enferm Clin*. 2020;30(2):130-131. doi:10.1016/j.enfcli.2018.12.008. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-continuidad-cuidados-alta-hospitalaria-S1130862119300397>
- ² 2. Cachón Pérez JM, Álvarez López C, Palacios Ceña D. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. *Enferm Intensiva*. 2012;23(2):68-76. doi:10.1016/j.enfi.2011.12.001.
- ³ 3. Guadarrama-Ortega D, Delgado-Sánchez P, Martínez-Piedrola M, López-Poves EM, Acevedo-García M, Noguera-Quijada C, et al. Integración del proceso enfermero en la historia clínica electrónica de un hospital universitario. *Rev Calid Asist*. 2017;32(3):127-134. doi:10.1016/j.cali.2017.02.004.
- ⁴ 4. González Aguña A. El conocimiento del cuidado a través del lenguaje estandarizado: una historia de realidades construidas. *Enfermería: Cuidados, Investigación y Desarrollo*. 2019;13(4). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000400005
- ⁵ 5. Arranz Alonso S. Modelos conceptuales, metodología, lenguaje estandarizado y su relación con el asociacionismo científico en enfermería [tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid; 2015. Disponible en: <https://docta.ucm.es/entities/publication/0b02401f-7493-41ef-b29d-0344c1080dd3>

Radiografía de la Humanización en Cuidados de Enfermería desde la Voz del Paciente en un hospital terciario

CAMARASA ESCUDERO, L.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Paciente, Humanización, Cuidados, Enfermería, Calidad

Resumen

Introducción

La humanización en el ámbito sanitario hace referencia al abordaje holístico de la persona, considerando sus dimensiones biológica, emocional, social y espiritual. En este contexto, la enfermería históricamente ha centrado su quehacer profesional en un cuidado integral, que trasciende lo meramente técnico.

No obstante, la creciente tecnificación, la presión asistencial y la despersonalización de los sistemas sanitarios han propiciado fenómenos de deshumanización. Frente a ello, teorías como la del Cuidado Humano de Jean Watson reivindican el valor del cuidado centrado en la persona, donde la empatía, la comunicación y la relación terapéutica son fundamentales.

Evaluar la percepción del paciente sobre los cuidados que recibe permite identificar áreas de mejora, promover estrategias institucionales más sensibles al aspecto humano de la atención, y reforzar el papel de la enfermería como disciplina garante de la dignidad y bienestar del usuario.

Material y métodos

Diseño: Estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal.

Ámbito: Hospital Universitario de la Ribera, Alzira (Valencia).

Población y muestra: 216 pacientes adultos hospitalizados en unidades no críticas. Criterios de inclusión: mayores de 15 años, sin deterioro cognitivo ni barreras idiomáticas.

Instrumento: Cuestionario autoadministrado y anónimo, basado en el instrumento validado Los Valores del Cuidado Enfermero, adaptado con variables sociodemográficas.

Variables: Independientes (edad, sexo, estudios, unidad, días de ingreso); dependientes (percepción sobre la humanización del cuidado enfermero).

Análisis: Se utilizó SPSS v26.0 y Excel 2016. Se aplicó estadística descriptiva y análisis bivariado.

Aspectos éticos: Se obtuvo consentimiento informado verbal. El estudio cumple con la Declaración de Helsinki, el Reglamento (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018 sobre protección de datos personales.

Resultados

La edad media fue de 65,5 años (DT \pm 14,4). El 57,4% eran hombres y la mayoría poseía estudios básicos. La media de días de ingreso fue de 7,27 días. La unidad más representada fue la 4ª planta izquierda.

La valoración global de la humanización del cuidado fue de 9,03/10. Los valores más destacados fueron el trato (9,28), respeto (9,23) y amabilidad (9,23). El ítem con menor puntuación fue el tiempo dedicado a escuchar (8,76).

En cuanto a la sección de información y comunicación, el 76,8% de los pacientes conocían el nombre del profesional que les atendía. Un 89,3% recibió la información necesaria al ingreso y un 98% expresó sentirse acogido por el trato recibido.

Análisis bivariado:

En el análisis según sexo, solo se halló una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,029$) en el ítem relacionado con conocer el nombre del profesional que les atendía, siendo superior en hombres.

En cuanto a la unidad de hospitalización, se observaron diferencias significativas en la misma variable ($p=0,027$), destacando la 3ª planta izquierda como la unidad con mayor desconocimiento del nombre del personal.

Respecto al nivel de estudios, también se hallaron diferencias significativas ($p=0,031$) en el grado de conocimiento del nombre del profesional. Los pacientes con estudios universitarios fueron quienes más indicaron no conocerlo. Asimismo, estos últimos reportaron en mayor medida no haber recibido información completa sobre las normas del centro ($p = NS$ pero tendencia observada).

Discusión

Los resultados reflejan una elevada percepción de humanización del cuidado enfermero, en consonancia con estudios previos que destacan el impacto positivo del trato empático, la amabilidad y el respeto en la experiencia del paciente.

Sin embargo, el tiempo para la escucha activa y la presentación formal del personal sanitario aparecen como aspectos mejorables. Estas acciones simples refuerzan el vínculo terapéutico y forman parte de las recomendaciones de proyectos como HUCI o Plan Dignifica.

Llama la atención que los pacientes con mayor nivel de estudios fueron los que en mayor medida desconocían las normas del centro y al profesional que les atendía. Esto podría relacionarse con expectativas más elevadas en cuanto a la información recibida y la calidad del trato, aspecto descrito en estudios donde se vincula el nivel educativo con mayores demandas comunicativas.

Este estudio contribuye a visibilizar la opinión del paciente como fuente valiosa de información para la mejora asistencial. La incorporación de instrumentos de evaluación de la humanización, como el utilizado en esta investigación, permite objetivar dimensiones subjetivas del cuidado y orientar estrategias institucionales más sensibles al contexto humano de la atención sanitaria.

Conclusiones

La percepción del cuidado enfermero como humanizado es elevada entre los pacientes hospitalizados, lo que refuerza el papel de la enfermería en la calidad asistencial. No obstante, aspectos como la comunicación, la escucha y la personalización del trato siguen siendo esenciales para consolidar una atención centrada verdaderamente en la persona.

Los hallazgos de este estudio pueden orientar futuras intervenciones formativas, organizativas y de investigación centradas en los valores del cuidado.

Autores/as

Camarasa L, Zafra MC, Gomis S, Oya M, Borrás R, Llanes JV, Aragón J, Oliver G, Daoud S. Radiografía de la Humanización en Cuidados de Enfermería desde la Voz del Paciente en un hospital terciario. XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Toledo: 2025.

Referencias

¹ Ruiz Navarro MG, Ruiz Hontangas A, Ferrandis Campos V, Garrido Bartolomé Á, Cotino Cortés J, Gavilá Sebastián MD. Los valores del cuidado enfermero [premio]. IX Premio CECOVA "Los valores del cuidado enfermero"; 2011. Primer premio.

² Espinosa Aranzales Á, Enríquez Guerrero C, Leiva Aranzalez F, López Arévalo M, Castañeda Rodríguez L. CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE UN CONCEPTO DE CUIDADO HUMANIZADO EN ENFERMERÍA. Cienc Enferm [Internet]. 2015 ago [citado 2024 abr 04];21(2):39-49. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200005>

³ Universidad El Bosque. Cuidado humanizado en enfermería [Internet]. Disponible en:

<https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/9d6672ef-a508-42a8-8eeb-847dce35f00a/content>

⁴ Díaz-Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar García D, Puertas Cristóbal E, Cano Valera M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm Glob* [Internet]. 2020 [citado 2024 abr 04];19(58):640-72. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200020. <https://dx.doi.org/eglobal.392321>

⁵ Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva ME, De La Cruz-Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. *Rev Enferm Hered* [Internet]. 2017;9(2):133. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>

⁶ Valderrama-Sanabria ML, Leal-García PC, Caicedo-Carmona LD. Factores de cuidado, experiencia a la luz de la teoría de Jean Watson. *Rev Cienc Cuid*. 2023;20(2):76-86. <https://doi.org/10.22463/17949831.3793>

⁷ Ochoa-Arévalo B, Elizalde-Ordóñez H, Guamán-Castillo A, Torres-Sarango E. Factores influyentes en la desnaturalización de la experiencia humana desde la práctica enfermera. *Ocronos*. 2020;3(4):445.

⁸ Orozco S, Vargas V. Deshumanización en la atención de enfermería hacia los pacientes en los servicios hospitalarios. [Bogotá]: Universidad Santo Tomás; 2018.

⁹ Caicedo-Lucas LI, Mendoza-Macías CE, Moreira-Pilligua JI, Ramos-Arce GC. Cuidado humanizado: reto para el profesional de enfermería. *Salud y Vida* [Internet]. 2023 dic [citado 2024 abr 08];7(14):17-29. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382023000200017.

<https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2511>

¹⁰ Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan* [Internet]. 2015 jul [citado 2024 abr 08];15(3):413-25. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000300009. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.9>

Estudio multicéntrico del impacto del cáncer en la calidad de vida de personas en hemodiálisis.

PARDO VICASTILLO, V.
Andrino Llorente, M. T.
Tardáguila García, N.
Sanz Martínez, P.
Rodríguez Nogueiras, A.
de Sequera Ortiz, P.
Quiroga Gili, B.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Cáncer; Calidad de vida; Encuestas y Cuestionarios; Estudio Multicéntrico; Hemodiálisis.

Resumen

Objetivos

Principal

Analizar la calidad de vida (CdV) de personas con cáncer en hemodiálisis (HD).

Secundarios

Describir las características demográficas, psicosociales y clínicas de las personas con antecedentes de cáncer en HD.

Métodos

Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico diseñado para realizar un seguimiento longitudinal de dos años. Se ha efectuado un corte transversal que analiza los resultados basales de los pacientes incluidos en el estudio, de octubre del 2024 hasta febrero del 2025. La cohorte del estudio está formada por pacientes prevalentes en HD tanto en centro como domiciliaria, procedentes del Hospital Universitario de la Princesa, el Hospital Universitario Ruber Juan Bravo, y el Hospital Universitario Infanta Leonor. Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia por accesibilidad a los pacientes.

Se establecieron como criterios de inclusión: adultos prevalentes en HD (tiempo en HD \geq 3 meses), aceptación y firma de consentimiento informado (CI). Se excluyeron pacientes con ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses y/o con neoplasias metastásicas con baja expectativa de vida, aquellos con alteraciones neuropsicológicas, y barrera idiomática por dificultad para completar el cuestionario.

La variable principal fue la CdV y la presencia de antecedentes de cáncer. Se recogieron variables demográficas, relativas al nivel socioeconómico, hábitos tóxicos y estilo de vida. En el momento de la inclusión, se registraron parámetros clínicos generales y específicos relacionados con la enfermedad renal y oncológica.

Los datos demográficos, psicosociales y clínicos, se recogieron mediante un cuestionario *ad-hoc* y de la historia clínica electrónica. La comorbilidad se midió por el índice de comorbilidad de Charlson (CCI). Para valorar el riesgo nutricional se utilizó la escala de malnutrición-inflamación (MIS). Se aplicó la escala Barthel para evaluar la dependencia funcional. Para medir la CdV se utilizó el Cuestionario de Salud *EuroQol-5D* que consta de 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y ansiedad). En cada dimensión, los niveles de gravedad se codificaron con el valor 1 si la respuesta es "no tengo problemas", con 2 si la opción es "algunos problemas" y con 3 si es "muchos problemas".

Los resultados fueron analizados con el software IBM SPSS v.28.0. Los datos se expresan en valores absolutos y porcentajes para las variables categóricas. Los resultados de las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico.

Resultados

De un total de 97 pacientes prevalentes en HD incluidos en el estudio, el 30% (n=29) presentaba antecedentes de cáncer.

Características sociodemográficas de los pacientes con cáncer

De los 29 pacientes con antecedentes de cáncer, el 72% (n=21) eran hombres y tenían una edad media de 75±10 años. En el entorno sociofamiliar, el 59% (n=17) estaba casado, más del 90% contaba con apoyo social y la mayoría presentaba un nivel socioeconómico medio. En relación a los hábitos tóxicos y estilo de vida, se encontró que un 50% (n=14) tenía hábito tabáquico, un 22% (n=6) consumía alcohol, un 62% (n=18) era sedentario y solo el 38% (n=11) realizaba actividades de ocio. Con una prevalencia de sobrepeso del 35% (n=10).

Características clínicas de la enfermedad renal y oncológica

La etiología de enfermedad renal crónica más frecuente de estos pacientes, fue la causa de miscelánea (35%; n=10) seguido de la nefropatía diabética (21%; n=6). La mediana de tiempo en diálisis fue de 45 (RIQ:6-145) meses y el Kt/V urea de 1,5 ± 0,3 como indicador de adecuación de la diálisis. En relación con la sintomatología referida durante la sesión de HD, el 39% (n=11) presentó calambres y un 21% cefalea (n=6). Alrededor del 39% (n=11) tenía episodios de hipotensión intradiálisis, y el 32% (n=9) refirió astenia al finalizar la sesión de HD.

Respecto a la comorbilidad de los pacientes oncológicos, la puntuación del CCI fue elevada (mediana de 11 [RIQ:6-16] puntos). Las comorbilidades más prevalentes fueron la hipertensión arterial (90%) y dislipemia (78%). Se encontró un alto porcentaje de desnutrición grave (62%) y el índice de Barthel mostró que el 52% (n=18) tenía algún grado de dependencia.

El 76% (n=22) de los tumores diagnosticados fueron de órgano sólido, predominando los genitourinarios (66%), 17% (n=5) hematológicos y 7% (n=2) dermatológicos. Según la evolución del tumor, era activo el 43% (n=13), de los cuales un 14% (n=4) presentaba enfermedad metastásica. El 57% (n=16) estaba en remisión. Un 24% (n=7) tuvo recidivas tumorales y 14% (n=4) desarrolló más de un tipo de tumor. En cuanto al tratamiento oncológico recibido, este fue mayoritariamente médico-quirúrgico, en un 76% (n=22). Además, un 24% (n=7) tomaba tratamiento inmunosupresor.

Resultados del cuestionario EuroQol-5D sobre CdV de los pacientes con cáncer

Según los datos obtenidos, el 59% (n=17) de los pacientes presentaban alteraciones en la movilidad. En cuanto al autocuidado, el 38% (n=11) afirmó que tenían dificultades, de los cuales un 31% (n=9) mencionaron algunos problemas y un 7% (n=2) indicaron problemas graves. Respecto a la realización de las actividades cotidianas, el 48% (n=14) expresaron limitaciones, un 38% (n=11) presentó problemas leves y un 10% (n=3) dificultades graves. El dolor autorreferido fue del 52% (n=15), un 38% (n=11) presentó dolor moderado y un 14% (n=4) dolor severo. En relación a la ansiedad, el 38% (n=11) manifestó síntomas de ansiedad o depresión, donde un 31% (n=9) presentó ansiedad leve y un 7% (n=2) ansiedad intensa.

Discusión

La mejora de la CdV es esencial en la práctica asistencial y/o planificación de cuidados. En los últimos años, su medición se ha consolidado como un objetivo prioritario para la toma de decisiones en el manejo de las enfermedades crónicas. Sin embargo, su implantación en la práctica clínica es limitada. Diversos estudios evidencian que enfermedades como el cáncer y la enfermedad renal impactan negativamente en la CdV. En particular los pacientes sometidos a HD presentan una disminución notable de la misma. Por otra parte, el cáncer afecta a la CdV incluso años después del diagnóstico y tratamiento.

Las guías clínicas *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI)*, recomiendan valorar la CdV para medir los resultados en salud. Asimismo, señalan que el deterioro de la CdV está relacionado con factores sociodemográficos, comorbilidades asociadas o con el propio deterioro de la función renal.

En estudios publicados sobre CdV en pacientes crónicos, se han empleado instrumentos de medida muy diversos. Estudios en pacientes en HD, han utilizado el *EuroQol-5D* como herramienta de valoración de CdV, mostrando que la afectación en una o varias dimensiones se relacionaba con la comorbilidad y dependencia funcional. Los resultados del cuestionario *EuroQol-5D*, detectaron que los pacientes evaluados presentaban afectación de las dimensiones analizadas, lo que pone de manifiesto el impacto negativo de ambas enfermedades sobre la CdV. En lo que se refiere a la dimensión del dolor, más del 50% de los pacientes refirió sentir dolor moderado-severo. Hay que tener en cuenta que el dolor tiene una repercusión directa en las actividades de la vida diaria, ya que reduce la autonomía del paciente, y provoca una afectación de la CdV.

Algunos autores emplean cuestionarios específicos de CdV, como el *KDQOL-SF* para pacientes en diálisis y el *EORTC QLQ-C30* en población oncológica. Por tanto, es útil contar con herramientas que permitan evaluar la CdV de una determinada enfermedad en un paciente específico en un momento concreto. Sin embargo, no existen estudios longitudinales que midan la CdV de pacientes con cáncer en HD, dificultando la comparación de resultados.

Numerosos estudios han identificado diversos factores que afectan negativamente a la CdV, entre ellos la edad avanzada, la presencia de comorbilidades, una capacidad funcional reducida y la repercusión de la enfermedad crónica. Sin embargo, la afectación de la CdV en los pacientes viene determinada no sólo por las características clínicas de la enfermedad, sino que también está influida por factores sociodemográficos y psicosociales. Estos últimos han demostrado tener un mayor impacto sobre la CdV que las variables clínicas.

En enfermos renales, el apoyo social ha sido reconocido como un factor protector. A pesar de que tanto los pacientes con cáncer como los enfermos renales, perciben altos niveles de apoyo social, los síntomas ocasionados por el tratamiento pueden limitar la práctica de actividades de ocio. Los resultados del estudio respaldan esta observación, más del 90% de los pacientes contaba con apoyo social, pero solo el 38% realizaba actividades de ocio de forma regular.

Respecto a la comorbilidad, se considera una variable altamente influyente, ya que una elevada comorbilidad suele asociarse con un deterioro de la CdV. Este estudio refleja que los pacientes con cáncer en HD presentan una alta comorbilidad asociada. En relación al grado de dependencia funcional, algunos estudios lo relacionan con una peor CdV, debido a la cronicidad de la enfermedad y a las limitaciones físicas que esta conlleva. En esta muestra, el 52% de los pacientes presentaba algún grado de dependencia, según el índice de Barthel.

Los resultados basales del estudio, destacan la necesidad de implementar intervenciones enfermeras dirigidas al manejo del dolor, la ansiedad, la desnutrición y la mejora de la CdV en pacientes con cáncer en HD. Esto permitirá planificar cuidados individualizados, centrados en las dimensiones de la CdV más afectadas y así responder a las necesidades cambiantes de los pacientes a lo largo del seguimiento. Este estudio multicéntrico pretende evaluar los cambios longitudinales en la CdV en 2 años de seguimiento. Además, la evaluación de la CdV en pacientes con enfermedades crónicas constituye una herramienta clave para el equipo multidisciplinar que los atiende. Por lo tanto, los resultados permitirán identificar y hacer un seguimiento de las necesidades específicas de los pacientes con cáncer en HD.

Otros aspectos

Aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Clínica con Medicamentos (CEIm) del HLPR (5606), del Comité Ético de Investigación (CEI) del HUIL (064-24) y la conformidad de la dirección del Hospital Universitario Ruber Juan Bravo. Todos los pacientes fueron informados del objetivo del estudio y firmaron el CI. Los datos personales se anonimizaron mediante un código numérico y se almacenaron en una base de datos en Excel. La información recogida se custodiará en una carpeta segura cifrada, conforme a la legislación vigente. Los autores declaran no tener conflictos de intereses ni haber recibido financiación externa.

Autores/as

Pardo Vicastillo, V.; Andriño Llorente M.T.; Tardáguila García, N.; Sanz Martínez, P.; Rodríguez Nogueiras, A.; de Sequera Ortiz, P.; Quiroga Gili, B. Estudio multicéntrico del impacto del cáncer en la calidad de vida de personas en hemodiálisis. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

¹ Rojas-Aliaga AI, Rojas-Peña YD, Arellan-Bravo LJ, Chavez-Bustamante SG, Benito-Condor BC. Factors associated with health-related quality of life in hemodialysis patients in a Peruvian hospital: A cross-sectional study. *Medwave* [Internet]. 2025 [Consultado 10 Feb 2025]; 25(2): e2915. Disponible en: <https://doi.org/10.5867/medwave.2025.02.2915>

² Pardo-Vicastillo V, Andriño-Llorente MT, Marks-Álvarez M, Quiroga-Gili B. Alteraciones neoplásicas en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: un análisis retrospectivo. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2024 [Consultado 10 Oct 2024]; 27(3): 246-53. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842024026>

³ Pereira-Céspedes A, Jiménez-Morales A, Polo-Moyano A, Spruce-Esparza E, Palomares-Bayo M, Martínez-Martínez F, et al. Health-Related Quality of Life and Associated Factors in Patients Undergoing Kidney Replacement Therapies. *Farm. Hosp.* [Internet]. 2024 [Consultado 11 Abr 2025]; S1130-6343(24)00185-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.farma.2024.11.002>

⁴ Álvarez-Albarracín MA, Pérez-Villa M. Calidad de vida en el paciente adulto con cáncer. *Index Enferm* [Internet]. 2024 [Consultado 4 Ene 2025]; 33(1): e14670.

Disponible en: <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm16634>.

⁵ Sanz-Frutos MH, Arriero-López B, Fernández de Alba-Herreros C, García-Hernández J, López-López C, Mercado-Valdivia VR. Prevalencia de neoplasias en pacientes con terapia renal sustitutiva, adaptación e individualización de cuidados de enfermería. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2023 [Consultado 1 Sep 2024];26(1):103. Disponible en: <https://doi.org/10.37551/S2254-2884202351>

⁶ Marín-López MT, Rodríguez-Rey R, Montesinos F, Rodríguez de Galvis S, Ágreda-Ladrón MR, Hidalgo-Mayo E. Factores asociados a la calidad de vida y su predicción en pacientes renales en hemodiálisis. *Nefrología* [Internet]. 2022 [Consultado 20 Oct 2024];42(3):318-326. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.03.010>

⁷ Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet CF, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [Consultado 10 Oct 2024]; 28:1-11. Disponible: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>

⁸ Sánchez-González JC, Barallat-García M, Torres-Paniagua S, Gaviro-Matamoros B. Análisis de la calidad de vida en pacientes con tratamiento renal sustitutivo: influencia de los parámetros analíticos y socio-clínicos. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019 [Consultado 9 Feb 2025]; 22(2):159-67. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842019000200007>

⁹ Sánchez-Cabezas AM, Morillo-Gallego N, Merino-Martínez RM, Crespo-Montero R. Calidad de vida de los pacientes en diálisis. Revisión sistemática. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019 [Consultado 5 Sep 2024]; 22(3): 239-55. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000300003>

¹⁰ Cabasés JM. El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2015 [Consultado 11 Feb 2025]; 29(6): 401-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.007>

Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de la población de una Zona Básica de Salud. Metodología mixta.

Gómez-Escalonilla Lorenzo, S.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: COVID-19, Salud mental, Atención Primaria, Investigación cuantitativa, Investigación cualitativa.

Resumen

1. Objetivos

General:

-Evaluar impacto de la pandemia de COVID-19 y del confinamiento en la salud mental de la población perteneciente a una Zona Básica de Salud(ZBS) de Toledo.

Específicos:

-Analizar el impacto de la pandemia de COVID-19 y del confinamiento en la salud mental de la población de esta ZBS al año y 2-3 años tras el confinamiento/primer estado de alarma.

-Conocer las vivencias y experiencias de la población durante la pandemia de COVID-19 y el impacto de éstas en su vida diaria.

2. Métodos

Estudio realizado desde una perspectiva mixta, enfoque cualitativo y cuantitativo.

Población de estudio: pacientes pertenecientes a la ZBS de Torrijos.

Criterios inclusión: Mayores de 18 años; Con tarjeta sanitaria en ZBS de Torrijos; Aceptación y firma del consentimiento informado.

Criterios exclusión: Pacientes con deterioro cognitivo; Pacientes institucionalizados.

- *Cuantitativo:*

Estudio analítico, observacional, longitudinal y prospectivo.

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó el software: <https://www.surveymsoftware.net/sscalce.htm>, asignando un error del 5% y

un nivel de confianza del 95%, se obtuvo una muestra de 378 pacientes.

El tipo de muestreo fue por conveniencia, según acudían a las distintas consultas de la ZBS de Torrijos.

Variables de estudio:

- Sociodemográficas: edad, sexo, localidad de residencia, estado civil

(soltero/a, en pareja o casado/a, separado/a, viudo/a), nivel de estudios (analfabeto, leer-escribir, estudios primarios, estudios secundarios, estudios superiores), situación laboral (estudiante, ama de casa, empleado/a, parado/a, jubilado/a).

- Relacionadas con la infección por COVID-19: haber estado confinado (si/no), haber padecido COVID (si/no), ingreso por COVID (si/no), percepción de la información recibida sobre la situación de alarma (considera que tiene insuficiente

información/considera que tiene suficiente información/considera que está sobreinformado/a).

- Relacionadas con la salud mental: Ansiedad (escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)); Depresión (cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)); Estrés (escala de estrés percibido (PSS)); Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC-11.

La recogida de datos se realizó mediante entrevista personal en el Centro de Salud de Torrijos o en los consultorios de la ZBS.

La primera entrevista se realizó entre los meses de octubre 2021 y febrero 2022.

La segunda entrevista se realizó de forma presencial o telefónica, y se realizó entre abril 2022 y febrero 2024.

Análisis estadístico:

Se realizó un análisis descriptivo de las distintas variables, las cuantitativas se expresaron en medias y desviación típica y las cualitativas en frecuencias absolutas y relativas.

Se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para comprobar la normalidad de los datos.

En segundo lugar, se analizó la relación entre las variables recogidas y la puntuación de los distintos cuestionarios utilizados:

- Para determinar si existen diferencias entre variables cuantitativas y cualitativas dicotómicas se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

- Para determinar diferencias entre variables cualitativas politómicas y variable cuantitativa, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis.

- Para determinar diferencias pre-post entre las escalas relacionadas con la salud mental, se utilizó el test de Wilcoxon para dos muestras relacionadas.

En el análisis de los datos se utilizó el SPSS versión 25.0.

Se consideró la significación estadística si $p < 0,05$

- *Cualitativo:*

Criterios de segmentación: Edad; Sexo; Ámbito residencia; Acompañamiento durante el confinamiento; Situación laboral; haber/no haber padecido Covid-19.

Se realizaron 2 grupo de discusión (GD). El GD1 con 4 participantes(2 mujeres/2 hombres) que no habían pasado el COVID. EL GD2 con 9 participantes que habían pasado el COVID(4 mujeres/5 hombres).

Y 20 entrevistas individuales según los criterios de segmentación.

Los GD y las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento de los participantes.

Se ha realizado transcripción de las entrevistas y GD. Se ha codificado toda la información utilizando el programa Atlas-Ti, identificando las dimensiones principales del discurso.

Aspectos ético-legales:

Se obtuvo el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de Toledo.

3. Resultados

Se han realizado 381 cuestionarios(pre) al año tras el inicio del confinamiento. El 60,1 % son mujeres con edad media de

50,57(DS=15,199), edad media de los hombres de 53,07(DS=17,807).

Estudio cuantitativo:

Un 60,1% se encuentra en el rango de no ansiedad. Más ansiedad en mujeres ($p=0,000$), en personas con estudios superiores ($p=0,015$) y personas que han padecido infección por COVID ($p=0,020$).

Un 66,4% no han tenido síntomas de depresión. Más depresión en personas sin empleo ($p=0,001$) y personas con enfermedad mental ($p=0,000$).

El 52% ha estado nunca o casi nunca estresado/a. Mayor estrés en personas de 18-40 años ($p=0,000$) y personas que viven en zonas rurales ($p=0,000$).

Personas con menor apoyo, obtienen mayores puntuaciones de ansiedad, depresión y estrés ($p=0,000$).

Se han recogido 232 cuestionarios(post) a los 2-3 años tras el confinamiento. El 56,9% son mujeres con edad media de 52,05(DS=15,154). Todas las variables relacionadas con la salud mental han mejorado significativamente a los 2-3 años.

Mayor ansiedad, depresión y estrés en mujeres y en personas con enfermedad mental. Más ansiedad en personas sin empleo($p=0,037$). Más ansiedad y depresión en personas que han percibido como insuficiente la información recibida durante la pandemia.

Estudio cualitativo:

Son cuatro los ejes temáticos que articulan los resultados: impacto en la salud mental, impacto en su vida diaria, valoración de los servicios sanitarios y las redes familiares.

El impacto en la salud mental se manifiesta con ansiedad, miedo, agotamiento y depresión. Expresan diversas situaciones de dificultad acceso a los servicios sanitarios y la importancia del apoyo familiar.

4. Discusión

Los resultados obtenidos reflejan el impacto de la pandemia de COVID-19, sobre la salud mental de la población, así como la evolución de estos efectos a lo largo del tiempo. Estos hallazgos coinciden con otros estudios que han mostrado que ciertos grupos poblacionales, como las mujeres¹⁻⁴, o las personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica^{2,3,5} o de salud^{3,6,7}, presentan una mayor susceptibilidad al deterioro de su bienestar en contextos de crisis sanitarias^{2,8,9}.

La dimensión cualitativa permite comprender mejor estas vivencias, junto con las dificultades de acceso a los servicios sanitarios y las experiencias durante la hospitalización en los primeros momentos de la pandemia, coincidente con otras investigaciones realizadas^{2,4,10}.

Se identifica el papel esencial de las redes familiares durante el confinamiento, como factor protector frente al malestar psicológico⁴.

La implicación práctica es la necesidad del abordaje de la salud mental de la población como un eje prioritario y transversal en la planificación de respuestas ante futuras emergencias sanitarias, teniendo en cuenta los grupos vulnerables identificados.

Autores/as

Gómez-Escalonilla Lorenzo S, Susín López D, Ugarte Gurrutxaga MI. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de la población de una Zona Básica de Salud. Metodología mixta. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MA, Saiz J, Muñoz M. Mental health consequences of the Covid-19 outbreak in Spain. A longitudinal study of the alarm situation and return to the new normality. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2020;12/15 ed. 20 de abril de 2021; 107:110219-110219.
- ² COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700-1712. doi:10.1016/S0140-6736(21)02143-7
- ³ Di Fazio N, Morena D, Delogu G, et al. Mental Health Consequences of COVID-19 Pandemic Period in the European Population: An Institutional Challenge. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15):9347. Published 2022 Jul 30. doi:10.3390/ijerph19159347
- ⁴ Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, Miller LJ. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Ment Health*. 2020;23(6):741-748. doi:10.1007/s00737-020-01092-2
- ⁵ Shrivastava SR, Shrivastava PS. COVID-19 and impairment of mental health: public health perspective. *Afr Health Sci*. 2021;21(4):1527-1532. doi:10.4314/ahs.v21i4.5
- ⁶ Burton A, McKinlay A, Aughterson H, Fancourt D. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and well-being of adults with mental health conditions in the UK: a qualitative interview study. *J Ment Health*. 2023;32(6):1040-1047. doi:10.1080/09638237.2021.1952953
- ⁷ Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. 2020;89:531-542. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.048
- ⁸ Onyeaka H, Anumudu CK, Al-Sharify ZT, Egele-Godswill E, Mbaegbu P. COVID-19 pandemic: A review of the global lockdown and its far-reaching effects. *Sci Prog*. 2021;104(2):368504211019854. doi:10.1177/00368504211019854
- ⁹ Bourmistrova NW, Solomon T, Braude P, Strawbridge R, Carter B. Long-term effects of COVID-19 on mental health: A systematic review. *J Affect Disord*. 2022;299:118-125. doi:10.1016/j.jad.2021.11.031
- ¹⁰ Epstein D, Andrawis W, Lipsky AM, Ziad HA, Matan M. Anxiety and Suicidality in a Hospitalized Patient with COVID-19 Infection. *Eur J Case Rep Intern Med*. 9 de abril de 2020;7(5):001651-001651

Promoción de la competencia investigadora en especialistas en formación de enfermería en el Departamento de Salud de Navarra de 2018 a 2024.

Mendez, A.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: especialistas en formación, investigación, sanitarios, actividades formativas

Resumen

Objetivo: Describir la evolución, alcance y resultados de las actividades formativas relacionadas con la promoción de la investigación ofrecidas en el marco del plan formativo transversal de la Sección de Formación del Departamento de Salud de Navarra, con especial atención a la participación de residentes de enfermería.

Metodología: Estudio descriptivo longitudinal, basado en el análisis de registros administrativos de actividades formativas ofertadas entre 2018 y 2024 para especialistas en formación de Navarra, dirigidas a promover la investigación en el sector Sanitario.

Resultados: Durante el periodo analizado, se han ofertado 6 actividades centradas en la adquisición de competencias investigadoras.

Desde 2018 hasta 2024, han sido formados 877 especialistas, de los cuales 102 han sido residentes de enfermería (30 Salud Mental, 33 Familia y Comunitaria, 7 Geriatria, 20 Obstetricia y ginecología y 15 Pediatría).

El número de diplomas emitidos para residentes de enfermería ha ido aumentando a lo largo de los años analizados, desde 8 en 2018 hasta 56 en 2024, con un total de 311 diplomas en el período estudiado, lo que corresponde al 50,8% de los diplomas objetivo.

Esto supone que el 12,6 % de los diplomas obtenidos en este periodo, pertenecen a los residentes de enfermería (311 sobre 2476 diplomas de residentes de todas las especialidades).

Con respecto a la adherencia a las diferentes actividades, se observa, por una parte, que únicamente el 3,8 % de los EIR completa el programa de formación en metodología de investigación y el 91,1% ha participado al menos en una actividad.

Los diplomas emitidos han sido: adquisición de habilidades para la búsqueda, recuperación y gestión de información biomédica (91 diplomas), diseño de un protocolo de investigación en ciencias de la salud (55), estadística aplicada a la investigación en ciencias de la salud (52), metodología de investigación cualitativa en ciencias de la salud para especialistas en formación (8), taller de buenas prácticas clínicas en investigación (55) y taller de publicación de trabajos de investigación (50).

Tanto la satisfacción media como la utilidad de competencias adquiridas referida ha sido de un 3,6 sobre 5.

Discusión: Es posible integrar de manera sostenida una línea formativa de promoción de la investigación dentro de los programas de formación sanitaria especializada, incluyendo las especialidades de enfermería. La evolución de la oferta, la respuesta de los participantes y la diversidad de contenidos reflejan una estrategia consolidada y adaptable a contextos cambiantes como la pandemia.

En el ámbito de los cuidados, fomentar estas competencias resulta clave para asegurar el relevo generacional de profesionales investigadores. Resulta de especial interés continuar evaluando el impacto a medio-largo plazo en términos de producción científica y transferencia del conocimiento.

Destacar el bajo % de respuestas a las encuestas de valoración: 21,8% para el ítem satisfacción y 21,9% para el ítem utilidad de lo aprendido. No siendo posible, además, valorar cuáles de estas repuestas pertenecen a profesionales de enfermería, ya que el registro digital no lo permite.

Autores/as

Ariadna AM, Esther ER, Ana MC. Promoción de la competencia investigadora en especialistas en formación de enfermería en el Departamento de Salud de Navarra de 2018 a 2024. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

¹ Webex: Gestión de la formación. Resultados [Internet]. [Soporte: base de datos]. [Tudela: QInnova];. Disponible en: <https://gestion.formacionsalud.navarra.es/webex>. [Consultado el 1 de Mayo de 2025]

² Microsoft. Microsoft Access: Base de datos de formación especializada sanitaria [software]. Redmond: Microsoft; 2016

Conocimiento en prevención de lesiones por presión en los impulsores de la guía de buenas prácticas previa implantación.

Fernández Fernández, A.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Lesiones por presión Guías de buenas prácticas Prevención

Resumen

Las lesiones por presión (LPP), actualmente integradas en el concepto de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD), constituyen un importante problema de salud pública y un indicador clave de la calidad de los cuidados enfermeros (García-Fernández et al., 2023). Estas lesiones, definidas como un daño localizado en la piel y/o tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la combinación de presión y cizalla (European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [EPUAP, NPIAP & PPIA], 2019), no solo comprometen la calidad de vida de los pacientes, aumentando su morbilidad y mortalidad, sino que también suponen un elevado coste económico y social para los sistemas sanitarios (García-Fernández et al., 2023).

Diversas investigaciones han mostrado que la prevalencia de estas lesiones varía según el contexto asistencial, el tipo de paciente y las prácticas preventivas implementadas. En España, el 6.º Estudio Nacional de Prevalencia de LCRD encontró una prevalencia global del 8,4% en hospitales, siendo el 7,7% atribuible a LPP, y destacando que más del 80% de estas lesiones son de origen nosocomial. Las unidades con mayor prevalencia fueron las de cuidados paliativos (24,2%), unidades de cuidados intensivos (21,5%) y posquirúrgicas (14,8%) (García-Fernández et al., 2023).

En respuesta a este problema, se han desarrollado diversas guías clínicas basadas en la mejor evidencia disponible, como la Guía Internacional para la Prevención y el Tratamiento de las LPP (EPUAP, NPIAP & PPIA, 2019), y la Guía de Valoración del Riesgo y Prevención de Lesiones por Presión de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO, 2016). Estas guías destacan la importancia de una valoración integral del riesgo, la vigilancia de la piel, el uso de superficies de apoyo, el manejo de la humedad, la nutrición adecuada y los cambios posturales frecuentes como pilares de la prevención.

La sola existencia de estas recomendaciones no garantiza su implantación efectiva. Numerosos estudios han evidenciado barreras para la aplicación de estas buenas prácticas, incluyendo la falta de conocimiento, la escasa formación específica, la sobrecarga de trabajo, y las limitaciones organizativas (López-Franco et al., 2020). Es por ello que el conocimiento y las actitudes de los profesionales de enfermería resultan determinantes en la prevención eficaz de las LPP (Wu et al., 2022).

Diversos instrumentos han sido desarrollados para medir el conocimiento sobre la prevención de LPP. Hasta hace poco, no existía un cuestionario validado y adaptado al contexto español. Esta carencia fue subsanada con el desarrollo del cuestionario Pressure Injury Prevention Knowledge (PIPK) por López-Franco et al. (2020), el cual ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas y se fundamenta en las recomendaciones más recientes de las guías internacionales.

Estudios realizados en distintos países han mostrado que el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre prevención de LPP es subóptimo.

La implantación efectiva de guías de buenas prácticas en el entorno clínico requiere no solo de evidencia científica, sino también de un proceso de contextualización que las adapte a las particularidades del entorno local. En este marco, el programa BPSO® de la RNAO —en el que el Hospital Universitario Río Hortega participa como centro candidato— reconoce el papel esencial de los impulsores (champions) como agentes clave para la implantación de dichas guías. Estos profesionales no solo actúan como referentes clínicos, sino que lideran el proceso de cambio desde dentro de las unidades.

Dado que el éxito de la implantación depende en buena medida de su preparación y comprensión de las recomendaciones, resulta fundamental conocer en qué medida el proceso de adaptación local de la guía contribuye a mejorar su nivel de conocimientos. Este estudio se centra precisamente en analizar dicha influencia, comparando el nivel de conocimiento en prevención de lesiones por presión antes y después del proceso de contextualización e implantación.

Esta evaluación, además de establecer una línea base, permitirá valorar el impacto real del trabajo de implantación sobre

los conocimientos de los impulsores, identificar áreas de mejora residual y orientar estrategias formativas específicas.

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar la influencia del proceso de adaptación de una Guía de Buenas Prácticas al contexto local sobre el nivel de conocimiento en prevención de lesiones por presión de los impulsores de la guía en el Hospital Universitario Río Hortega.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las áreas de mejora en los conocimientos específicos tras el trabajo con la guía, en aspectos como factores de riesgo, medidas preventivas y uso de escalas de valoración.

Analizar la relación entre el nivel de conocimiento, su mejora y variables como experiencia profesional, área de trabajo y formación académica.

Determinar necesidades formativas para mejorar la capacitación de los impulsores de la guía y garantizar una implantación efectiva de las recomendaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizará un estudio observacional analítico sobre una cohorte de impulsores realizando una comparación pre-post de su nivel de conocimientos en materia de prevención de lesiones por presión previo a la implantación de la guía y una vez implantada.

La población diana a la que se dirige el estudio son los impulsores de la guía de "Manejo de las lesiones por presión: evaluación de riesgos, prevención y tratamiento". El tamaño de la población es de 70. Dado que la población total de impulsores del programa BPSO en el hospital es de 70 personas, se considera un muestreo censal. Por ello, no se ha realizado un cálculo de tamaño muestral al tratarse de un estudio que busca describir el conocimiento en la totalidad de la población objetivo. Se llevará un muestreo por conveniencia sobre la totalidad de la población siguiendo los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Profesionales identificados como impulsores de la guía.

Aceptación de participar en el estudio mediante la cumplimentación del cuestionario.

Criterios de exclusión:

- o Impulsores que no completen alguna de las dos evaluaciones (pre o post).
- o Aquellos que manifiesten su decisión de retirarse del estudio en cualquier momento

Las variables a estudio en la muestra son:

1. Variables sociodemográficas:

- Edad: expresada en años.
- Sexo: femenino/masculino/otro.
- Años de experiencia profesional: número de años desde la obtención del título profesional.
- Nivel de formación académica:
 - o Diplomatura/Grado
 - o Máster
 - o Especialidad
 - o Doctorado

- Área de trabajo dentro del hospital (variable cualitativa nominal):
 - o Hospitalización médica
 - o Hospitalización Quirúrgica
 - o Hospitalización médico-quirúrgico
 - o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
 - o REA
 - o Otros (especificar)
 - Formación en Heridas o Lesiones por presión:
 - o Experto universitario
 - o Máster
 - o Cursos de formación continuada
2. Variables principal de resultado: Nivel de conocimiento en prevención de lesiones por presión. Obtenida en el cuestionario PIPK, con valores entre 0 y el máximo de respuestas correctas. (López-Franco et al. 2020)
- o Nivel pre: Previo a la implantación.
 - o Nivel post: Tras la implantación (3 meses después de su implantación)

Instrumento de recogida de datos

Para la evaluación del nivel de conocimiento se utilizará el cuestionario PIPK (Pressure Injury Prevention Knowledge), en su versión en español (Anexo1), validado para la medición del conocimiento en prevención de lesiones por presión en profesionales sanitarios. . (López-Franco et al. 2020)

El cuestionario evalúa:

Factores de riesgo asociados a las lesiones por presión.

Medidas preventivas recomendadas.

Uso de escalas de valoración del riesgo.

Protocolos de intervención y tratamiento

El resultado del cuestionario lo expresa con Puntuación global del cuestionario, con valores entre 0 y el máximo de respuestas correctas.

Para recoger las variables sociodemográficas se incorporarán una preguntas ad hoc junto con el cuestionario validado anteriormente citado.

Para minimizar posibles sesgos, se ha optado por la administración anónima tanto en la fase pre como en la post, reduciendo así el sesgo de deseabilidad social. Asimismo, se realizará una revisión para detectar cuestionarios incompletos y se excluirán los que no cumplan criterios mínimos de calidad. Al tratarse de una muestra total, se considera bajo el riesgo de sesgo de selección

RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS

Las responsables de la guía entregarán el cuestionario validado junto con el consentimiento de informado para participar el estudio. El cuestionario será en formato papel, autoadministrado y se remitirá a los investigadores en un sobre cerrado. Su cumplimentación es anónima para reducir el sesgo de deseabilidad social y preservar la confidencialidad de las respuestas.

Los información recogida se trasladará a una base de datos Excel a través de un formulario elaborado con Microsoft Forms. Una vez cumplimentada la base de datos, se codificará y analizará con el programa estadístico SPSS V.29 realizando las siguientes estimaciones:

El análisis de datos se llevará a cabo en tres niveles. En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y el uso de media, mediana, moda, rango intercuartílico y desviación estándar para las variables cuantitativas, con el objetivo de describir la distribución de los datos. En el análisis inferencial, se compararán los niveles de conocimiento en función de la experiencia profesional, el área de trabajo y la formación académica mediante t-Student o U de Mann-Whitney para variables dicotómicas, y ANOVA o Kruskal-Wallis para comparaciones entre más de dos grupos. Asimismo, se analizará la asociación entre el nivel de conocimientos y las variables sociodemográficas mediante pruebas de chi-cuadrado. Finalmente, se analizarán las respuestas de la fase pre y post a través de Tstudent para muestras independientes.

Se asumirá un valor de $p < 0.005$ para la significancia estadística.

ASPECTOS ÉTICOS

La investigadora se compromete a mantener la confidencialidad de los datos y declaran respetar las normas en materia de bioética contenidas en la Declaración de Helsinki y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Los participantes firmarán un consentimiento informado previo al desarrollo de la entrevista, donde se expondrá el objetivo de la investigación y el uso que se hará de los hallazgos encontrados. Se preservará la identidad de los sujetos a estudio que forman la red, tanto participantes como actores no encuestados que formen parte de la red, el nombre y apellido de cada sujeto será sustituido por un código numérico que permita preservar su identidad tanto a la hora de recogida de datos como a la hora de exponer los resultados del análisis de red llevado a cabo. El investigador principal será el único que conocerá la relación nombre-código. Dicha relación será almacenada en un libro de códigos en una hoja de datos Excel protegido por contraseña en el PC de uso individual del investigador principal.

Los datos resultantes de esta investigación serán utilizados exclusivamente con fines prácticos para identificar áreas de mejora y e implementar posteriormente estrategias que permitan mejorar el proceso de implantación dentro del marco del proyecto BPSO/CCEC en el HURH.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera evidenciar una mejora en el nivel de conocimientos de los impulsores tras el trabajo de adaptación de la guía al contexto local y desarrollo de las estrategias de prevención.

Autores/as

AUTORES: Mohino García MA; Peñacoba Martín R; Redondo Rodriguez B; Izquierdo de Castro H; Arranz Fernández M; Martín Gómez MZ, Ramajo Sánchez A; Cabrerías Sanz V; Miguel Martínez MT.

TITULO: CONOCIMIENTO EN PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN LOS IMPULSORES DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PREVIA IMPLANTACIÓN

Referencias

¹ Dirgar, G., Ibrahim, F. A., & Said, H. A. (2022). Evaluating nurses' knowledge of pressure injury prevention: A cross-sectional study. *Journal of Wound Care*, 31(4), 322-329. <https://doi.org/10.12968/jowc.2022.31.4.322>

² EPUAP, NPIAP & PPIA. (2019). *Prevención y tratamiento de las úlceras/lesiones por presión: Guía de consulta rápida* (3.ª ed.). Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).

³ Fang, Z., Zhang, Y., Hu, Y., & Lin, F. (2024). Knowledge and attitudes regarding pressure injury prevention among nurses: A multicenter cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 33(2), 179-188. <https://doi.org/10.1111/jocn.16791>

⁴ García-Fernández, F. P., Soldevilla-Ágreda, J. J., Pancorbo-Hidalgo, P. L., Torra-Bou, J. E., & López-Franco, M. D. (2023). Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en adultos hospitalizados en España: Resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP. *Gerokomos*, 34(4), 250-259. <https://doi.org/10.1007/s12098-023-04321-7>

⁵ López-Franco, M. D., Parra-Anguita, L., Comino-Sanz, I. M., & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2020). Development and psychometric properties of the Pressure Injury Prevention Knowledge Questionnaire in Spanish nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3063.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17093063>

⁶ Sari, D., Acaroglu, R., & Aydin, A. (2023). Assessment of nurses' knowledge on pressure injury prevention in Turkey: A cross-sectional study. *Journal of Tissue Viability*, 32(2), 148-154. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2023.02.003>

⁷ Wan, J., Li, X., & Liu, Y. (2023). Nurses' knowledge and practice regarding pressure injury prevention: A cross-sectional survey in China. *International Journal of Nursing Studies*, 137, 104427. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104427>

⁸ Wu, L., Li, X., Zhang, Y., & Xu, H. (2022). Knowledge, attitudes, and practices of nurses regarding pressure injury prevention: A systematic review. *BMC Nursing*, 21(1), 412. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01031-z>

Prescripción de ejercicio físico en personas con patología oncológica: evaluación de conocimientos del estudiantado de ciencias de la salud.

CAZORLA CALDERÓN, S.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Ejercicio físico; Neoplasias; Enfermería; Promoción de la salud; Prescripción

Resumen

Introducción

El ejercicio físico ha demostrado ser una herramienta eficaz tanto en la prevención como en tratamiento del cáncer, con beneficios que incluyen la mejora del estado funcional, reducción de la fatiga y aumento de la calidad de vida. Sin embargo, su integración en la práctica clínica depende del conocimiento y la formación de los futuros profesionales sanitarios. Este estudio analiza el grado de conocimiento del estudiantado universitario sobre la prescripción de ejercicio físico en pacientes oncológicos.

Objetivos

Principal: Evaluar el grado de conocimiento sobre la prescripción, aplicaciones y beneficios de la actividad física en personas con enfermedad oncológica por parte del estudiantado de los grados de enfermería, medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrición humana y dietética, psicología y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (CAFE).

Secundarios:

- Identificar el grado de conocimiento de los participantes sobre los beneficios del ejercicio físico en la prevención del cáncer.
- Analizar la comprensión de los participantes sobre el papel del ejercicio físico como herramienta terapéutica en el manejo y rehabilitación de los pacientes.
- Examinar las diferencias en el nivel de conocimiento entre el estudiantado de las distintas disciplinas.

Metodología

Estudio descriptivo transversal realizado entre 02/2025 y 04/2025. Participaron 274 estudiantes de grados de enfermería, medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrición, psicología y CAFE. Se utilizó cuestionario ad hoc autoadministrado a través de REDCap. Se aplicó análisis estadístico descriptivo, bivariado y multivariado para medir creencias y conocimientos.

Resultados

Participaron 274 estudiantes, un 73,1% eran mujeres, con una media de edad de 24,15 años. Las titulaciones con mayor representación fueron Enfermería (28,9%), Fisioterapia (21,8%) y Medicina (17%). En cuanto a hábitos de vida, el 65,6% no practicaba ejercicio físico regularmente. A pesar de ello, 78% consideró que los pacientes oncológicos deberían recibir programas de ejercicio personalizados y supervisados. Además, el 62,8% reconoció beneficios emocionales y el 61,3% beneficios generales del ejercicio en oncología. Se identificó una escala exploratoria (que hemos denominado CIEFO) para medir creencias y conocimientos, con buena fiabilidad ($\alpha=0,76$) y dos dimensiones principales: beneficios percibidos y precauciones/personalización. La puntuación media fue de 38,7 sobre 45. Se hallaron diferencias significativas en la puntuación de la escala en función de la realización de prácticas clínicas ($p<0,001$), pero no según sexo, experiencia laboral o práctica deportiva habitual.

Conclusiones

El estudio revela una actitud positiva hacia el ejercicio físico como herramienta terapéutica en oncología. No obstante, persisten creencias erróneas, sobretodo en seguridad y en el momento de aplicarlo. Se pone de manifiesto la necesidad de reforzar la formación en ejercicio oncológico, incluyendo fisiopatología, guías clínicas y estrategias de prescripción. Se destaca la necesidad de avanzar hacia un modelo de atención multidisciplinar e interdisciplinar, donde profesionales de la salud, del deporte y sociales colaboren para diseñar programas basados en la evidencia y adaptados a necesidades de la persona.

Autores/as

Cazorla-Calderón S, González M, Fernández E, Barrientos S, Pedregosa S, Palomar X, et al. Prescripción de ejercicio físico en personas con patología oncológica: evaluación de conocimientos del estudiantado de ciencias de la salud. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Papadopetraki A, Maridaki M, Zagouri F, Dimopoulos MA, Koutsilieris M, Philippou A. Physical Exercise Restrains Cancer Progression through Muscle-Derived Factors. *Cancers*. 8 de abril de 2022;14(8):1892. <https://doi.org/10.3390/cancers14081892>
- ² Sharman R, Harris Z, Ernst B, Mussallem D, Larsen A, Gowin K. Lifestyle factors and cancer: a narrative review. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2024;8(2):166-183. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2024.01.004>
- ³ Pollán M, Casla-Barrio S, Alfaro J, Esteban C, Seguí-Palmer MA, Lucía A, et al. Exercise and cancer: a position statement from the Spanish Society of Medical Oncology. *Clin Transl Oncol*. 2020;22(10):1710-9. <https://doi.org/10.1007/s12094-020-02312-y>
- ⁴ Herrero López B, Cardaña-Gutiérrez A, Godoy Ortiz A, Gonzaga López A, Grueso López AM, Nuño Alves A, et al. Exercise in cancer patients: assistance levels and referral pathways—a position statement from the Spanish Society of Medical Oncology. *Clin Transl Oncol*. 2024;26(4):571-81. <https://doi.org/10.1007/s12094-024-03546-w>
- ⁵ Fiuza-Luces C, Valenzuela PL, Santos-Lozano A, Ruiz-Casado A, Lucia A. Exercise and quality of life in cancer. *J Sport Health Sci*. 2023;12(4):349-57. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2023.01.001>
- ⁶ Yang L, Courneya KS, Friedenreich CM. The Physical Activity and Cancer Control (PACC) framework: update on the evidence, guidelines, and future research priorities. *Br J Cancer*. 2024;131(6):957-69. <https://doi.org/10.1038/s41416-024-02748-x>
- ⁷ Jumba K. The impact of lifestyle and environmental factors on cancer risk and prevention. *IDOSR J Appl Sci*. 2024;9(2):98-101. doi: 10.59298/IDOSRJAS/2024/9.2.9810101
- ⁸ Verheijden RJ, Cabané Ballester A, Smit KC, van Eijs MJM, Bruijnen CP, van Lindert ASR, et al. Physical activity and checkpoint inhibition: association with toxicity and survival. *J Natl Cancer Inst*. 2024;116(4):573-9. <https://doi.org/10.1093/jnci/djad245>

El impacto de los tratamientos oncológicos en la memoria y en el rendimiento cognitivo

Rihuete Galve, M. I.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Chemobrain, patient cancer, chemotherapy

Resumen

El cáncer es una enfermedad caracterizada por la proliferación descontrolada de células anómalas que pueden invadir tejidos sanos y propagarse por el organismo. Su alta incidencia y mortalidad lo convierten en un importante problema de salud pública tanto a nivel mundial como en España, donde el envejecimiento de la población y ciertos hábitos de vida contribuyen a su aumento. Los avances en detección y tratamiento han mejorado la supervivencia, pero también han incrementado los efectos secundarios, entre ellos el fenómeno conocido como "Chemobrain", que afecta la función cognitiva de los pacientes durante o después del tratamiento, especialmente con quimioterapia. Este deterioro puede impactar significativamente en la calidad de vida, interfiriendo en la memoria, atención, aprendizaje y capacidad de decisión. Aunque sus causas no se comprenden completamente, se relacionan con factores biológicos y psicológicos.

Objetivos. Este estudio surge con el objetivo de analizar la prevalencia y características del deterioro cognitivo quimioinducido (chemobrain) en pacientes oncológicos en tratamiento activo en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, analizando de manera específica la influencia del sueño en funciones cognitivas y memoria, examinar la asociación entre edad y deterioro cognitivo, y evaluar la percepción subjetiva de fallos de memoria en la vida diaria.

Metodología. Para llevar a cabo los objetivos se diseñó un estudio transversal de tipo descriptivo-correlacional que permitiera analizar el impacto del tratamiento oncológico en la función cognitiva de pacientes con cáncer de mama. La muestra (N=90) fue reclutada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia en el Servicio de Oncología Médica y el hospital de día oncohematológico del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. La estimación del tamaño muestral se basó en la incidencia local de cáncer de mama, con un tamaño mínimo calculado de 82 pacientes, ampliado a 90 para prever posibles pérdidas.

Los criterios de inclusión fueron: tener un diagnóstico anatomopatológico de cáncer de mama, estar en tratamiento activo con quimioterapia, ser mayor de 18 años, autorizar la participación voluntaria en el estudio firmando el documento de consentimiento informado firmado y presentar una correcta comprensión oral y escrita. Se excluyeron pacientes con enfermedades cognitivas previas, enfermedad no activa, o que estuvieran en fase terminal o en cuidados paliativos.

La recogida de datos se realizó de forma presencial mediante un cuestionario con variables sociodemográficas y clínicas. Para medir las variables a estudio los siguientes instrumentos validados: el Test de Evaluación Rápida de Funciones Cognitivas (RECF), el cuestionario de Fallos de Memoria en la Vida Cotidiana (MFE-30) y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI). Todos los instrumentos mostraron niveles adecuados de fiabilidad en estudios previos.

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación con medicamentos del Área de Salud de Salamanca (código PI 2023 12 1474 - TFM) y se desarrolló siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki.

Resultados. La muestra del estudio estuvo compuesta por 90 pacientes oncológicos con edades comprendidas entre los 20 y los 92 años (M = 63.18; DE = 13.16). Siendo el 100% mujeres. En cuanto al nivel educativo, el 45.5% contaba con estudios primarios, el 28.8% con estudios secundarios, el 24.4% con formación superior y el 1.1% no tenía escolarización. En relación con el tratamiento recibido, el 83.3% de los pacientes recibió quimioterapia exclusivamente, mientras que el 16.7% recibió quimioterapia en combinación con tratamiento hormonal.

La puntuación media obtenida en la escala ERFC fue de 40.56 (DE = 12.37), lo que sugiere un rendimiento cognitivo general dentro del rango esperado para la población estudiada. No obstante, se destaca la importancia de interpretar estos resultados dentro del contexto clínico, ya que las variaciones individuales pueden tener implicaciones significativas. En cuanto a la calidad del sueño, la puntuación media en el índice de Pittsburgh fue de 8.08 (DE = 4.52), lo que indica la presencia de dificultades relevantes en el descanso nocturno entre los pacientes analizados.

En relación con la percepción subjetiva de fallos de memoria, la puntuación media en el cuestionario MFE-30 fue de 40.27 (DE = 11.85), lo que refleja una frecuencia notable de errores de memoria percibidos en la vida diaria.

Se encontró una asociación significativa entre los fallos de memoria percibidos (MFE-30) y el rendimiento cognitivo objetivo (ERFC) ($r = -0.41$; $p < 0.001$). Asimismo, se observó una correlación significativa entre el rendimiento cognitivo y la calidad del sueño evaluada con el PSQI ($r = -0.36$; $p < 0.01$), indicando que un peor descanso nocturno se asocia con un menor rendimiento cognitivo. Además, se evidenció una relación significativa entre la edad y el rendimiento cognitivo ($r = -0.45$; $p < 0.001$), lo que sugiere un mayor deterioro en los pacientes de mayor edad.

Discusión e implicaciones para la práctica. Nuestros resultados coinciden con la literatura, evidenciando el impacto negativo de la quimioterapia en la memoria, en el rendimiento cognitivo y en la calidad del sueño especialmente en pacientes mayores, siendo necesario en la práctica clínica prevenir, identificar y tratar estos trastornos, ya que repercuten negativamente en el desempeño de las actividades cotidianas de los pacientes oncológicos.

Autores/as

Rihuete- Galve MI, Fernández- Rodríguez, EJ, López- Jiménez R, Sanchez- Gómez C, Maíllo de Pablo R, El impacto de los tratamientos oncológicos en la memoria y en el rendimiento cognitivo. En XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid:2025

Referencias

- ¹ Whittaker, A. L., George, R. P., & O'Malley, L. (2022). Prevalence of cognitive impairment following chemotherapy treatment for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*, 12(1), 2135.
- ² Hermelink, K. (2015). Chemotherapy and cognitive function in breast cancer patients: the so-called chemo brain. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 2015(51), 67-69.
- ³ Amani, O., Mazaheri, M. A., Moghani, M. M., Zarani, F., & Choolabi, R. H. (2024). Chemotherapy-induced cognitive impairment in breast cancer survivors: A systematic review of studies from 2000 to 2021. *Cancer Reports*, 7(2), e1989

Validez de la escala Downton como predictor de caídas en un hospital de media estancia

Romero Ajenjo, Á.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Caídas accidentales, seguridad del paciente, escala downton, media estancia, validez

Resumen

OBJETIVO

Evaluar la validez de la escala Downton como herramienta predictiva del riesgo de caídas en pacientes ingresados en un hospital de media estancia.

MÉTODO

Diseño: Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Ámbito: Hospital de media estancia, unidades de ortogeriatría, daño cerebral adquirido, cuidados continuados y cuidados paliativos. Sujetos: Pacientes con fecha de ingreso y alta entre el 1/1/2021 31/12/2023 n=2831 Variables: Principales: riesgo de caídas (según la escala Downton), ocurrencia real de caídas. Otras variables: sociodemográficas, clínicas, funcionales. Análisis: se realizó una descripción de la muestra y se calcularon medidas de validez diagnóstica: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), área bajo la curva (AUC) y odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95 % para la muestra global y para cada una de las unidades. Progrma SPSS versión 24. Estudio aprobado por el comité de ética.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 2831 pacientes, la mayoría mujeres 59.05% (n=1633), con una media de edad de 78,02 años (DE 11,6) y una puntuación de Barthel al ingreso de 34,31 (DE 23,71).

La prevalencia global de caídas fue del 10,5% (n=296). El 81,7% (n=2313) de los pacientes fueron clasificados como de riesgo según la escala Downton (puntaje ≥ 3). Las puntuaciones medias variaron entre unidades, destacando Ortojeriatría con la media más alta (4.0 DE 1,49). La sensibilidad global de la escala fue elevada (85,8 % en el total), mientras que la especificidad fue baja (17,8%). El VPP fue limitado (11,0%), en contraste con un VPN elevado (91,4%). El AUC global fue de 0,522, lo que indica una baja capacidad discriminativa. La OR global fue 1,314 (IC 95 %: 0,933-1,849), sin significación estadística. En el análisis por unidades, la capacidad predictiva de la escala fue limitada, evidenciada por un AUC cercana a 0.5 y un OR no significativos en todas las unidades.

DISCUSIÓN

Aunque la escala Downton muestra una alta sensibilidad y un elevado valor predictivo negativo, su baja especificidad y escasa capacidad discriminativa limitan su utilidad como herramienta predictiva fiable en este contexto. La clasificación de la mayoría de los pacientes como de riesgo dificulta una adecuada estratificación.

Estos resultados ponen en duda su eficacia como único instrumento de valoración del riesgo de caídas en hospitales de media estancia, caracterizados por una elevada diversidad funcional. Es necesario avanzar hacia modelos de valoración más completos, que integren múltiples factores clínicos y funcionales, y que permitan una identificación más precisa y útil para la toma de decisiones preventivas. Asimismo, se requieren nuevos estudios que desarrollen y validen herramientas más específicas y adaptadas a este tipo de entornos.

Autores/as

Rodríguez Organista M, Romero Ajenjo A, Martín Losada L, Molina Lázaro P, Velasco García-Cuevas J, Carrillo Alcalá ME, López Ruiz EM. Validez de la escala Downton como predictor de caídas en un hospital de media estancia. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Gutiérrez-Valencia M, Leache L, Saiz LC. Revisión de la validez de las escalas de valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2022;57(3):186-94.
- ² Aranda-Gallardo M, Morales-Asencio JM, Canca-Sánchez JC, Morales-Fernández Á, Enríquez De Luna-Rodríguez M, Moya-Suarez AB, et al. Consecuencias de los errores en la traducción de cuestionarios: versión española del índice Downton. *Rev Calid Asist.* 2015;30(4):195-202.
- ³ Park SH. Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res.* 2018;30(1):1-16.
- ⁴ Roca Carbonell F, Hernandez Ocampo EM, Aragonès Pascual JM, Soler E, Clapera F, Espauella Panicot J. Experiencia de una Unidad de Prevención de Caídas de un hospital de cuidados intermedios. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014;49(2):69-71.
- ⁵ Morris ME, Webster K, Jones C, Hill AM, Haines T, McPhail S, et al. Interventions to reduce falls in hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2022;51(5):afac077.
- ⁶ Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(9):CD005465.
- ⁷ Schoberer D, Breimaier HE, Zuschneegg J, Findling T, Schaffer S, Archan T. Fall prevention in hospitals and nursing homes: Clinical practice guideline. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2022;19(2):86-93.
- ⁸ 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.* 2019;8(5):300-6.
- ⁹ Enríquez De Luna-Rodríguez M, Aranda-Gallardo M, Canca-Sánchez JC, Moya-Suárez AB, Vázquez-Blanco MJ, Morales-Asencio JM. Perfil del paciente que sufre caídas en el entorno hospitalario: estudio multicéntrico. *Enferm Clin.* 2020;30(4):236-43.
- ¹⁰ Pizzi M. Riesgos y caídas en personas mayores hospitalizadas. La necesaria mirada conjunta de condiciones intrínsecas y del entorno construido. *Rev Med Clin Condes.* 2020;31(1):36-41.

Factores de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados en una unidad de media estancia

Romero Ajenjo, Á.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Caídas accidentales, factores de riesgo, unidad de media estancia, delirium

Resumen

OBJETIVO

Identificar los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de caídas en pacientes ingresados en un hospital de media estancia.

MÉTODO

Diseño: Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Ámbito: Hospital de media estancia. Sujetos: Pacientes con fecha de ingreso y alta entre el 1/1/2021-31/1/2023 n=2831 Variables: Se compararon las características sociodemográficas, clínicas, funcionales y cognitivas, de los pacientes que sufrieron al menos una caída (n=296) y aquellos que no (n=2535). Análisis: Se realizó un análisis descriptivo, bivariante (t-Student/U de Mann-Whitney para cuantitativas; Chi-cuadrado para cualitativas) y un análisis multivariante mediante regresión logística para identificar predictores independientes de caídas. Programa SPSS versión 24. Estudio aprobado por comité de ética.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 2831 paciente, la mayoría mujeres 59.05% (n=1633), con una media de edad de 78,02 años (DE 11,6). La principal causa de ingreso fue ortogeriátrica 53.86% (n=1525), en pacientes orientados 73.83% (n=2090) con una puntuación de Barthel al ingreso de 34,31 (DE 23,71). Un 10,45% (n=296) de los pacientes sufrieron al menos una caída.

El análisis de regresión logística identificó como factores de riesgo independientes para las caídas: el sexo masculino (OR 1,916; IC 95%: 1,408-2,609; p<0,001), el ingreso para neurorrehabilitación (OR 1,671; IC 95%: 1,191-2,343; p=0,003), una mayor duración de la estancia hospitalaria por cada día adicional (OR 1,025; IC 95%: 1,017-1,034; p<0,001), la presencia de síndrome confusional (OR 2,621; IC 95%: 1,827-3,762; p<0,001), el uso de andador como sistema de ayuda a la movilidad (OR 2,509; IC 95%: 1,335-4,715; p=0,004).

La edad, la orientación, la puntuación Pfeiffer y el Barthel al ingreso no fueron predictores independientes en el modelo multivariante.

DISCUSIÓN

Los hallazgos identifican factores de riesgo significativos para las caídas en pacientes de media estancia, destacando el sexo masculino, motivo de ingreso, la duración de la estancia, el síndrome confusional y el tipo de ayuda para la movilidad. Aunque la dependencia funcional (Barthel) o el deterioro cognitivo (Pfeiffer) se asociaron en el bivariante no fue así en el modelo multivariante.

Estos resultados refuerzan la necesidad de una valoración multifactorial del riesgo de caídas al ingreso y de forma continuada, especialmente en varones, con daño cerebral adquirido. Las intervenciones preventivas deben ser individualizadas, es prioritario intervenir sobre factores modificables identificados como significativos en el modelo multivariante, como el síndrome confusional y la duración prolongada de la estancia.

Autores/as

Romero Ajenjo A, Rodríguez Organista M, Martín Losada L, Molina Lázaro P, Carrillo Alcalá ME, Velasco García-Cuevas J, González Álvaro N. Factores de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados en una unidad de media estancia. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- 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.* 2019;8(5):300-6
- ² Enríquez De Luna-Rodríguez M, Aranda-Gallardo M, Canca-Sánchez JC, Moya-Suárez AB, Vázquez-Blanco MJ, Morales-Asencio JM. Perfil del paciente que sufre caídas en el entorno hospitalario: estudio multicéntrico. *Enferm Clin.* 2020;30(4):236-43.
- ³ Huang X, Jiang Y, Liu Y, Shen L, Pan J, Zhang Y. Influencing factors of falls among older adults in Chinese retirement institutions: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2023;18(12):e0296348.
- ⁴ Pizzi M. Riesgos y caídas en personas mayores hospitalizadas. La necesaria mirada conjunta de condiciones intrínsecas y del entorno construido. *Rev Med Clin Condes.* 2020;31(1):36-41.
- ⁵ Silva-Fhon JR, Partezani-Rodrigues R, Miyamura K, Fuentes-Neira W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. *Enferm Univ.* 2019;16(1):31-40
- ⁶ Turégano Yedro A, Núñez Villén A, Romero Vigara JC, Cinza Sanjurjo S, Velilla Zancada S, Segura-Fragoso A, et al. Riesgo de caídas y consumo de fármacos en los pacientes mayores de 65 años. Estudio PYCAF. *Med Fam SEMERGEN.* 2019;45(8):528-34.
- ⁷ Eglseer D, Hoedl M, Schoberer D. Malnutrition risk and hospital-acquired falls in older adults: A cross-sectional, multicenter study. *Geriatr Gerontol Int.* 2020;20(4):348-53.
- ⁸ Ouyang S, Zhang X, Li H, Tang X, Ning X, Li R, et al. Cataract, glaucoma, and diabetic retinopathy are independent risk factors affecting falls in the older adult with eye diseases. *Geriatr Nurs.* 2023;53:170-4.
- ⁹ Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(9):CD005465. doi: 10.1002/14651858.CD005465.pub4.
- ¹⁰ Morris ME, Webster K, Jones C, Hill AM, Haines T, McPhail S, et al. Interventions to reduce falls in hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2022;51(5):afac077.

Evaluación inicial de indicadores relacionados con el dolor en una unidad médica (Proyecto SUMAMOS Excelencia®)

Mateos Arroyo, J. A.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Dolor; Práctica basada en la evidencia; Indicadores de salud.

Resumen

Objetivo: Describir los indicadores relacionados con la detección y la valoración del dolor en una unidad hospitalaria de neumología y cardiología tras el inicio de implantación de recomendaciones incluidas en el proyecto SUMAMOS Excelencia®.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal. Se incluyeron 60 pacientes, de los cuales 30 pertenecen a una medición basal previa a la implantación de las recomendaciones y otros 30 una vez transcurridos 4 meses. Las variables sociodemográficas medidas fueron edad y sexo. Como variables relacionadas con el proceso de la valoración de dolor se recogieron: la detección del dolor en las primeras 24 horas tras el ingreso, tras un procedimiento previsiblemente doloroso o tras un cambio importante en la situación clínica. Otros indicadores de proceso fueron la intensidad, otros aspectos que engloban la valoración integral y la existencia de un plan de cuidados individualizado. Por último se recogió la intensidad máxima del dolor de cada uno de los participantes.

Resultados: La edad media fue de 74,9 años y el 55% eran hombres. Todos los indicadores sobre la detección del dolor se incrementaron en la primera recogida tras la implantación de las recomendaciones respecto a los datos basales. La detección del dolor al ingreso pasó de 57% de los pacientes y a un 88,7%. Las detecciones en otros momento del ingreso también se incrementaron, como por ejemplo tras un cambio de la situación clínica. Este dato pasó del 25% al 84,6% tras la implantación de las recomendaciones. Antes de la implantación de las recomendaciones relacionadas con la valoración y manejo del dolor ningún paciente tenía una valoración integral, ni un plan de cuidados individualizado. En la recogida post-implantación se pasó a un 91,67% y un 68% respectivamente. Finalmente, como indicador de resultado del dolor tras la implantación, el valor medio de la intensidad del dolor máxima detectada disminuyó de 6,5 a 2,18 en una escala numérica donde el 0 es la ausencia del dolor y el 10 un dolor insoportable.

Discusión: La implantación de recomendaciones de forma sistematizada y planificada mejoran la detección y los resultados respecto al manejo del dolor desde las primeras fases. Estos resultados van en la línea de lo publicado acerca de otras experiencias previas de implantación en este ámbito. Este proyecto tiene una duración para la implantación de un año, sin embargo, los datos manifiestan una mejoría temprana. Otra cuestión que ponen de manifiesto estos datos es el infraregistro de las valoraciones integrales así como la de la existencia de planes de cuidados individualizados. Aunque con mucha cautela, y a la espera de las siguientes mediciones, observamos además que el aumento en la cantidad y en la calidad de la valoración del dolor tiene una correspondencia directa con la intensidad del dolor. De confirmarse en las siguientes mediciones (+8 meses y +12 meses) podríamos aseverar la importancia de las valoraciones del dolor en los resultados de salud de los pacientes atendidos.

Autores/as

Mateos Arroyo JA, Galán Martínez MG, Iglesias Basilio R, García Flores E, Vázquez Corrochano C, González Fernández Y, Avellán Durán M. Evaluación inicial de indicadores relacionados con el dolor en una unidad médica (Proyecto SUMAMOS Excelencia®). XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

¹ Martínez-Gimeno ML, Fernández-Martínez N, Escobar-Aguilar G, Moreno-Casbas MT, Brito-Brito PR, Caperos JM. SUMAMOS EXCELENCIA® Project: Results of the Implementation of Best Practice in a Spanish National Health System (NHS). Healthcare [Internet]. 2021 Apr [cited 2024 Mar 4];9(4):374. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/4/374>

² Saiz Vinuesa MD, Albornos-Muñoz L, Fernández Núñez ML, López-García M, Moreno-Casbas T, González Sánchez JÁ, et al. Resultados de la implantación de la Guía de valoración y manejo del dolor en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®) en España. Enfermería Clínica [Internet]. 2020 May 1 [cited 2023 Mar 31];30(3):212-21. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120302886>

³ Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva. 2006 Nov 1;30(8):379-85

- ⁴ Gregory J, McGowan L. An examination of the prevalence of acute pain for hospitalised adult patients: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2016 Mar;25(5-6):583-98
- ⁵ Gregory J, McGowan L. An examination of the prevalence of acute pain for hospitalised adult patients: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2016 Mar;25(5-6):583-98

Programa de Aprendizaje Servicio basado en la Valoración Geriátrica Integral y la Promoción de la Salud: proyecto GEROS

Casacuberta Roca, J.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Aprendizaje Servicio, Envejecimiento, Estudiantes, Promoción de la salud, Valoración Geriátrica Integral

Resumen

Objetivos

Evaluar los efectos de la implementación de un programa de Aprendizaje Servicio (ApS) dirigido a estudiantes de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC) y a personas de la comunidad de 60 años o más. Y analizar la percepción del desarrollo de las competencias de los estudiantes (comunicación, trabajo interdisciplinar, razonamiento crítico, capacidad de resolución de problemas, competencias específicas relacionadas con la Valoración Geriátrica Integral (VGI), promoción y prevención de la salud y capacidad intrínseca del adulto mayor). En relación con las personas mayores, se describe su estado de salud y se evalúa su autopercepción de conocimientos sobre el estado de salud, los recursos comunitarios y los factores de riesgo para desarrollar una enfermedad. Finalmente, se valora la satisfacción tanto de los estudiantes como de las personas mayores.

Métodos

Estudio de intervención unicéntrico con diseño mixto (cuantitativo y cualitativo), no aleatorizado, centrado en la formación de los estudiantes y la intervención comunitaria con personas mayores. El estudio es realizado en la UVic-UCC, con la participación de estudiantes de Fisioterapia, Enfermería, Terapia Ocupacional, Nutrición Humana y Dietética y Psicología, así como personas a partir de 60 años de la comunidad. El programa combina la realización de la VGI por parte de los estudiantes y la provisión de recomendaciones de salud a las personas mayores. La intervención consta de tres sesiones: 1) los estudiantes realizan la VGI a los usuarios; 2), los estudiantes elaboran un informe individualizado en el aula (sin los usuarios) con recomendaciones y activos de salud de la comunidad, y 3), entrega del informe a los participantes (todo con supervisión del personal docente investigador).

Las personas mayores fueron valoradas mediante la recogida de datos sociodemográficos y los instrumentos: VIG-Frail para valorar la fragilidad (1); ICOPE (Integrated Care for Older People) (2) herramienta de cribado desarrollada por la OMS para evaluar la capacidad intrínseca de las personas mayores, la cual permite identificar precozmente pérdidas en ámbitos como la movilidad, nutrición, visión, audición, estado cognitivo, incontinencia urinaria, cuidado y ánimo; EuroQol-5D-5L (3) que evalúa la calidad de vida; y algunos Nursing Outcomes Classification (NOC) (4). Los NOC son indicadores estandarizados que permiten medir los resultados de los cuidados de enfermería. Se seleccionaron los NOC (deterioro cognitivo, pérdida de movilidad, nutrición deficiente, discapacidad visual, pérdida auditiva, síntomas depresivos, continencia urinaria, modificación psicosocial: cambio de vida y severidad de la soledad) en función de los dominios del ICOPE. Por último, se aplicó un bloque específico de evaluación disciplinaria según los objetivos específicos relacionados a las especificidades de cada asignatura. Las personas mayores también respondieron un cuestionario autoadministrado al finalizar la intervención, sobre su satisfacción, percepción de salud, conocimiento de estilos de vida saludables, factores de riesgo y recursos comunitarios. De los estudiantes, se ha analizado la satisfacción y su percepción sobre el desarrollo de competencias y conocimientos, al finalizar cada sesión con un cuestionario autoadministrado.

Los cuestionarios de las personas mayores y los estudiantes han sido evaluados con una escala Likert (1-5) y los datos han sido recogidos con REDCap. El análisis estadístico se realizó de forma descriptiva para todas las variables estudiadas, presentando frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación entre sesiones se aplicó la prueba de chi-cuadrado (χ^2), incluyendo el contraste lineal por lineal, y se calculó el tamaño del efecto mediante la V de Cramer, utilizando el programa estadístico SPSS (versión 29.0).

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a la prueba piloto, realizada durante el curso 2024-2025. Las asignaturas participantes fueron Fisioterapia Comunitaria, Fisioterapia en Geriatria, Psicogerontología y Psicología de la Salud. En el Grado de Enfermería, la implementación está planificada para el primer semestre del curso 2025-2026.

Resultados

Participaron un total de 88 personas mayores, la mayoría mujeres (62,5 %), con una media de edad de 71,57 años (DE=7,53). La mayoría viven acompañados (77,3%), tienen estudios universitarios (55,7%) y conservan un elevado nivel de autonomía en las actividades básicas de la vida diaria, con una media del Índice de Barthel de 96,3 (DE 9,95). Asimismo, la autopercepción de salud fue positiva, con una puntuación media de 79,1 sobre 100 en el EuroQol-5D-5L. Llama

especialmente la atención la elevada prevalencia de dolor: un 38,6% indica dolor o malestar leve, un 28,4% moderado y el 6,8% grave. En el estado emocional, el 68,2% declara no sentirse ansioso o deprimido.

La fragilidad fue muy baja en la mayoría (media de 0,04 en el índice VIG-Frail). En cuanto a patologías crónicas, la hipertensión arterial fue la más frecuente (27,6%), seguida de la enfermedad cardíaca (10,3%) y la osteoporosis (9,2%).

El cribado mediante ICOPE mostró un buen nivel de orientación (98,9% correctos), buena memoria en la mayoría (84,1%) y movilidad preservada (88,6% completaron la prueba), aunque se observaron limitaciones visuales en un 69,3% y auditivas en un 33%. A nivel emocional, un 33% manifestó tristeza reciente, un 13,5% declaró sentirse solo con frecuencia y un 17% falta de interés. Además, un 17,3% informó problemas de incontinencia urinaria.

Los NOC confirmaron en gran medida estos hallazgos: un 92% mantuvo buena comunicación y comprensión, un 61,4% no presentó problemas en la marcha, y un 35% mostró ingesta de líquidos insuficiente. Destacan también las limitaciones sensoriales, con un 43,7% que manifestó fatiga ocular y un 29,5% con dificultades auditivas. A nivel emocional, aunque el 71,6% expresó siempre esperanza, un 17,0% la refirió en niveles bajos. En continencia, un 25,0% mostró urgencia urinaria, además, un 28,9% refirió incontinencia de esfuerzo. La satisfacción con la vida fue elevada (88,5%), aunque un 36,5% informó sensación de aislamiento y un 46,2% fluctuaciones en el estado de ánimo.

Para las personas mayores, el programa alcanzó un alto nivel de aceptación, con una satisfacción del 98,8% (11,6% bastante y 87,2% mucho); un 60% (36,5% bastante y 23,5% mucho) declaró haber incrementado su conocimiento sobre su estado de salud, un 73,2% (43% bastante y 30,2% mucho) sobre estilos de vida y factores de riesgo, y un 65,1% (33,7% bastante y 31,4% mucho) sobre los recursos comunitarios disponibles para la promoción de la salud.

En paralelo, participaron 238 estudiantes, con media de edad de 22,65 años (DE=6,9) y representación equilibrada por género (51,8 % mujeres y 47,8 % hombres).

Los ítems mejor valorados por los estudiantes, con una puntuación de 4 ("bastante") y 5 ("mucho"), fueron la satisfacción (96,4%), la comunicación (95,4%), la mejora en la integración de conocimientos, habilidades y competencias de la asignatura en la que se llevó a cabo el programa (93,9%), los conocimientos de promoción y prevención de la salud (92,5%) y de VGI (92,1%).

Para la comparación entre las tres sesiones y las diferentes variables a valorar se aplicó la prueba X² lineal por lineal y se calculó el tamaño del efecto mediante la V de Cramer (5).

La satisfacción general de los estudiantes fue muy elevada en todas las sesiones, se destaca que un 77% (282) del alumnado otorgó la máxima puntuación en la primera sesión, un 58,6% (85) en la segunda, y un 69,8% (127) en la tercera. Las diferencias entre sesiones resultaron estadísticamente significativas únicamente en la variable satisfacción general ($p < 0,05$), aunque con tamaños del efecto pequeños según la V de Cramer. En las otras competencias, más de la mitad de los resultados se centran en la categoría "bastante" o "mucho".

En los grupos focales, se evidenció que la metodología ApS aumentó la motivación del alumnado y la experiencia con pacientes reales los preparó mejor para el ámbito laboral.

Discusión

Los resultados obtenidos muestran que las personas mayores participantes en el programa constituyen un perfil mayoritariamente femenino, con edad avanzada, pero con un elevado nivel de autonomía funcional y una autopercepción de salud positiva. Estos hallazgos coinciden con la literatura, que destaca que, pese al envejecimiento, buena parte de la población mayor mantiene un grado notable de independencia en las actividades básicas de la vida diaria. Sin embargo, emergen áreas de vulnerabilidad relevantes: la elevada prevalencia de dolor, las limitaciones visuales y auditivas, la presencia de síntomas depresivos y los problemas de continencia urinaria. Estos aspectos deben considerarse prioritarios en la práctica enfermera comunitaria, al constituir factores de riesgo de fragilidad y dependencia. El bajo nivel de fragilidad medido con el índice VIG-Frail refuerza la idea de que la mayoría de los participantes eran robustos o prefrágiles, lo cual ofrece una ventana de oportunidad para la prevención y la promoción de la salud (6).

En paralelo, los resultados del ICOPE y de los indicadores NOC aportan información convergente sobre el estado funcional, sensorial y emocional de la muestra. Este tipo de instrumentos permiten identificar con mayor precisión dianas de intervención y orientar estrategias enfermeras centradas en la persona.

Cabe destacar también que los usuarios no solo valoraron positivamente el programa, sino que reportaron aprendizajes significativos relacionados con su salud. Más de la mitad refirió haber incrementado sus conocimientos sobre el propio estado de salud y los factores de riesgo, y más del 60% sobre los recursos comunitarios disponibles. Este hallazgo refuerza el potencial educativo del programa, que no solo actúa como espacio de valoración, sino también de empoderamiento, contribuyendo a la adquisición de habilidades y conocimientos que pueden favorecer la autogestión y la toma de decisiones en salud. Los resultados positivos coinciden con estudios que afirman que las personas mayores que participan en

programas de ApS expresan una alta satisfacción, mejoran el bienestar emocional, la autoestima y el sentimiento de conexión social (7).

Respecto a los estudiantes, los hallazgos reflejan un alto nivel de satisfacción y una valoración muy positiva del programa como experiencia de aprendizaje. Los ítems mejor puntuados se relacionan con la integración de conocimientos sobre VGI, capacidad intrínseca y la comunicación, aspectos clave en la formación de profesionales de la salud. La satisfacción general fue la única variable que mostró diferencias estadísticamente significativas entre sesiones, aunque con tamaños del efecto pequeños, lo que sugiere estabilidad en la percepción positiva del alumnado a lo largo del programa. Estos resultados son coherentes con otras experiencias de ApS, que destacan su potencial para favorecer la adquisición de competencias transversales y específicas (8), al mismo tiempo que generan un impacto positivo en la comunidad (9).

En conjunto, los resultados muestran una alta satisfacción de los participantes animando a ampliar la muestra a otros grados. La experiencia analizada confirma la pertinencia de integrar programas de ApS en la formación en Ciencias de la Salud, ya que contribuyen simultáneamente a la formación competencial de los estudiantes y a la promoción del bienestar y la autonomía en la población mayor.

Autores/as

Casacuberta Roca J, Fenollosa Romaní E, El Myry El Maroufy A, Mondejar Pont M, Gorchs Font N, Chirveches Pérez E, Vila Muntadas M, Dachs Delgado M, Jerez Roig J. Programa de Aprendizaje Servicio basado en la Valoración Geriátrica Integral y la Promoción de la Salud: proyecto GEROS. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist Brunet N, Oller R, Gómez-Batiste X, Espauella Panicot J. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* 2017;52(3):119-27.
- ² Organización Mundial de la Salud. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Second edition. Geneva: World Health Organization; 2025. [citado 25 febrero 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/250239>.
- ³ Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med.* 2001;33(5):337-43.
- ⁴ Moorhead S. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. 7a ed. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. Barcelona: Elsevier; 2024.
- ⁵ Tomczak M, Tomczak E. The need to report effect size estimates revisited: An overview of some recommended measures of effect size. *Trends in Sport Sciences.* 2014;21(1):19-25.
- ⁶ Aronson L. Healthy Aging Across the Stages of Old Age. *Clin Geriatr Med.* 2020;36(4):549-58.
- ⁷ Ruiz-Montero PJ, Chiva-Bartoll O, Salvador-García C, González-García C. Learning with Older Adults through Intergenerational Service Learning in Physical Education Teacher Education. *Sustainability.* 2020;12(3):1127.
- ⁸ Marques-Sule E, Chiva-Bartoll O, Carrasco JJ, Hernández-Guillén D, Pérez-Alenda S, Francisco-Garcés X, et al. Impact of Service-Learning on Physiotherapy Students: Exercise Programs for Patients with Heart Transplantation and Acute Coronary Syndrome—A Randomized Clinical Trial. *J Clin Med.* 2022;11(15):4360.
- ⁹ Marcilla-Toribio I, Moratalla-Cebrián ML, Bartolomé-Guitierrez R, Cebada-Sánchez S, Galán-Moya EM, Martínez-Andrés M. Impact of Service-Learning educational interventions on nursing students: An integrative review. *Nurse Educ Today.* 2022;116:105417.

Influencia de la implantación de la guía de prevención de caídas en un hospital de tercer nivel.

AMBOAGE, M.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Prevención de caídas, cuidados basados en la evidencia, personas adultas hospitalizadas

Resumen

Las caídas pueden ocurrir en cualquier entorno, pero son los incidentes de seguridad del paciente más reportados en hospitales de agudos, especialmente en población adulta y mayores de 65 años. Alrededor de un tercio de las personas de 65 años más, y la mitad de 80 años o más, se caen al menos una vez al año. El impacto de las caídas, especialmente en personas mayores de 65 años o más, incluye angustia, dolor, lesiones, incluidas fracturas, pérdida de confianza, pérdida de independencia y mortalidad. Las consecuencias de las fracturas son significativas, con una tasa de mortalidad a 1 año del 31% después de una fractura de cadera. También prolongan la estancia hospitalaria y aumentan los costos sanitarios. Ante esta realidad resulta imprescindible implantar estrategias eficaces de prevención sustentadas en la evidencia científica y adaptadas a las particularidades del contexto asistencial.

El presente estudio tiene como **objetivo principal** evaluar el impacto de la implantación de un conjunto de **recomendaciones basadas en la evidencia** para la prevención de caídas en personas adultas hospitalizadas, dentro del Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, en un hospital de tercer nivel.

Métodos

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un **estudio descriptivo pre-post intervención** en 21 unidades de hospitalización de un hospital de tercer nivel, incluyendo servicios médicos, quirúrgicos y de rehabilitación de larga estancia.

Población de estudio

Se incluyeron personas de 18 o más años hospitalizadas en las unidades mencionadas. La **fase basal** del estudio se realizó en diciembre de 2021, con una muestra de 376 pacientes. La fase post-implantación se desarrolló entre enero y diciembre de 2024, con una población total de 4.557 pacientes, distribuidos en aproximadamente 380 pacientes por mes.

Intervenciones implantadas

La estrategia de implantación incluyó diversas acciones estructuradas:

- **Captación y capacitación de impulsores del cambio**, figuras clave para la difusión y promoción de las buenas prácticas en cada unidad.
- **Adaptación de los registros de enfermería** en el aplicativo específico Gacela (cribado y valoración del riesgo al ingreso y registro de caídas).
- **Publicación de un protocolo** para la prevención de caídas específico del ámbito hospitalario, que permitió adaptar las recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas al contexto asistencial.
- **Distribución de materiales informativos** dirigidos a profesionales, pacientes y personas cuidadoras, orientados a la sensibilización y educación sobre el riesgo de caídas y de las medidas de prevención.
- **Planificación sistemática de medidas preventivas**, tales como el uso adecuado de barandillas en las camas, calzado antideslizante y adecuación del entorno físico (retirada de obstáculos, iluminación, entre otros).

Variables de estudio

Se analizaron variables **demográficas** (edad, sexo), **indicadores de proceso** (cribado del riesgo de caídas, valoración del riesgo y planificación de cuidados preventivos) **y de resultado** (tasa de caídas, tasa de lesiones asociadas). Los datos fueron recogidos de manera anonimizada a través de la plataforma CarEVID+, garantizando la confidencialidad y calidad de

los registros.

Resultados

Comparación pre y post intervención

En la evaluación basal (diciembre de 2021), se incluyeron 376 pacientes, de los cuales 162 (43%) eran mujeres y 214 (57%) hombres, con una edad media de 67 años. En la fase post (enero-diciembre de 2024), se analizaron 4.557 pacientes, siendo 1.840 (40%) mujeres y 2.717 hombres (60%), manteniéndose la misma edad media (67 años).

Los indicadores de proceso y resultado mostraron mejoras relevantes. A continuación, se presenta la comparación en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Comparativa de resultados pre y post intervención

Variable	Fase pre (Dic 2021)	Fase Post (Ene-Dic 2024)
Número de pacientes	376	4.557
Edad media (años)	67	67
Sexo: mujeres (%)	43%	40%
Sexo: hombres (%)	57%	60%
Pacientes cribados y valorados (%)	77%	78%
Pacientes con riesgo identificado (%)	53%	61%
Pacientes con medidas de prevención planificadas (%)	72%	74%
Número de caídas	8	49
Tasa de caídas (‰)	1,70 (‰)	1,39 (‰)
Caídas con lesiones leves (%)	20%	16%

Discusión

La comparación de los datos obtenidos antes y después de la implantación de las recomendaciones basadas en la evidencia pone de manifiesto varios hallazgos relevantes que permiten valorar positivamente las intervenciones implantadas.

Reducción de la tasa de caídas

Uno de los resultados más destacados fue la **reducción de la tasa de caídas**, que pasó de un 1,70 (‰) a 1,39 (‰), lo que representa una **disminución relativa del 18%**. Aunque la magnitud del cambio es moderada, su importancia clínica y organizativa es considerable, dada la elevada morbilidad asociada a este tipo de eventos. Esta disminución puede atribuirse a una **mejor identificación del riesgo y a una mayor planificación de medidas preventivas**, factores estrechamente relacionados con la implantación estructurada.

Disminución de lesiones tras las caídas

El porcentaje de caídas con lesiones leves también disminuyó, pasando del **20% en la fase pre al 16% en la fase post**, lo que refleja una mejora no solo en la prevención de caídas, sino también en la **disminución de sus consecuencias**. Esto puede deberse a una mayor efectividad de las medidas físicas y ambientales adoptadas (por ejemplo, el uso del calzado adecuado o la adaptación del entorno).

Mejora en la planificación de cuidados

Se observó un **aumento en la planificación de medidas preventivas** en pacientes con riesgo identificado, que pasó **del 72% al 74%**. Aunque el incremento fue modesto, es significativo en términos de **adhesión a las prácticas**

recomendadas, lo que sugiere una **consolidación de la cultura basada en la evidencia**. Esta mejora puede relacionarse directamente con la formación de impulsores del cambio, quienes actuaron como agentes clave para la transferencia del conocimiento a la práctica clínica.

Estabilidad del cribado y mejora en la identificación del riesgo

La **proporción de pacientes cribados** se mantuvo estable (77% vs. 78%), lo que indica que el proceso de identificación inicial ya estaba establecido en la fase basal. No obstante se produjo un incremento en la identificación de pacientes con riesgo de caída (del 53% al 61%), lo cual podría deberse a la **mayor sensibilización del personal** tras la capacitación recibida y a la **adaptación y mejora de las herramientas de valoración**.

La implantación de un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia en la prevención de caídas en personas adultas hospitalizadas se ha demostrado eficaz en la reducción en la tasa de caídas y de sus consecuencias, la mejora de la identificación de personas en riesgo, el aumento en la planificación de medidas de prevención y el fortalecimiento de la cultura organizacional orientada a unos cuidados seguros. Estos hallazgos se alinean con la evidencia disponible, que señala la efectividad de las intervenciones multifactoriales en la disminución de la incidencia de caídas en entornos hospitalarios. Así mismo la designación de impulsores locales ha favorecido la adherencia a las prácticas clínicas recomendadas.

Fortalezas y limitaciones del estudio

Entre las **fortalezas** del estudio destaca la **amplitud de la muestra post-intervención** y la integración de múltiples estrategias complementarias (formación, protocolos, herramientas digitales) que confieren robustez a los resultados. Sin embargo, tiene algunas **limitaciones** como: no se han tenido en cuenta las **variaciones estacionales o estructurales** (por ejemplo, el índice de ocupación de camas o las rotaciones de personal) y, la **medición de la adherencia real** a las medidas preventivas podría beneficiarse de herramientas de auditoría directa o análisis cualitativos que no se incluyeron en esta fase.

Conclusiones

La implantación de un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de caídas en personas adultas hospitalizadas en un hospital de tercer nivel, en el marco del Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, ha demostrado ser una intervención útil para: reducir la tasa de caídas y sus consecuencias, mejorar la identificación del riesgo de caída, incrementar la planificación de medidas preventivas y fortalecer la cultura organizacional orientada a unos cuidados seguros y basados en la evidencia.

Estos resultados respaldan la continuidad y expansión de la implantación a otras áreas del hospital, así como la evaluación continua de su impacto a largo plazo y el fortalecimiento de la formación del personal clínico y consolidar el rol de los impulsores locales.

Autores/as

Amboage Valiño M, García Fraguera B, Ponte Rey A, Romay Cea RA, Noya Blanco B, Cascallana Osorio C, López Pérez M, Gómez Casas MC, García Regueiro MC. Influencia de la Implantación de la Guía de Prevención de Caídas en un Hospital de tercer nivel. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

¹ 1-National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Falls: assessment and prevention in older people (NG249). London: NICE; 2025. Disponible en: Descripción general | Caídas: evaluación y prevención en personas mayores y en personas de 50 años o más con mayor riesgo | Orientación | Muy bien

² 2-Registered Nurses' Association of Ontario. Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas [Internet]. Guía de buenas prácticas en Enfermería. Actualizada septiembre 2017. Toronto (CA): Registered Nurses' Association of Ontario; 2017. Disponible en: https://www.bpsso.es/sites/default/files/2021-11/D0021_Prevencion_Caidas_2017.pdf

³ 3-Registered Nurses' Association of Ontario. Herramienta de implantación de buenas prácticas [Internet]. Guía de buenas prácticas. Actualizada septiembre 2012. Toronto (CA): Registered Nurses' Association of Ontario; 2012. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_en15.pdf

⁴ 4- Dyer SM, Kwok WS, Suen J, Dawson R, Kneale D, Sutcliffe K, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2025; 8:1-103. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD016064>

⁵ 5- Meg E Morris, Kate Webster, Cathy Jones, Anne-Marie Hill, Terry Haines, Steven McPhail, Debra Kiegaldie, Susan Slade, Dana Jazayeri, Hazel Heng, Ronald Shorr, Leeanne Carey, Anna Barker, Ian Cameron, Intervenciones para reducir las caídas en los hospitales: una revisión sistemática y un metanálisis, *Age and Ageing*, Volumen 51, Número 5, mayo de 2022, afac077, <https://doi.org/10.1093/ageing/afac077>

⁶ 6- An X, Pan Y, He C, Liang Y. Evidence-Based Strategies for Preventing Falls in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2025; 18: 403-416. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S535977>

Resultados académicos y satisfacción de estudiantes en la historia de la enfermería: Transformando el aprendizaje

Noell Boix, R.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Innovación docente, historia de la enfermería, trabajo cooperativo, inteligencia artificial, gamificación

Resumen

Introducción

La gamificación como estrategia educativa comenzó a consolidarse a principios de los años 2000, impulsada por Nick Pelling, quien vinculó elementos propios de los videojuegos con la programación educativa. Desde entonces, su aplicación se ha extendido a diversos niveles formativos, incluida la educación superior¹. Sus fundamentos teóricos se apoyan en la teoría del juego, que plantea que los elementos lúdicos pueden estimular el aprendizaje mediante recompensas, desafíos y competencia^{2,3}. Esta perspectiva se complementa con el aprendizaje cooperativo, que promueve la interdependencia y la responsabilidad compartida, especialmente en disciplinas como las ciencias sociales y la salud⁴.

La incorporación de metodologías innovadoras como el trabajo cooperativo, la generación de imágenes mediante inteligencia artificial (IA) y la gamificación permite crear entornos de aprendizaje que favorecen la motivación intrínseca, el pensamiento crítico y la colaboración entre estudiantes. Estas estrategias resultan clave para adaptar la educación universitaria a las nuevas demandas formativas, superando las limitaciones del modelo tradicional y promoviendo una participación activa y significativa.

Objetivos

Estudiar los resultados académicos y la satisfacción de las estudiantes con la metodología de trabajo cooperativo, generación de imágenes con IA y gamificación para el aprendizaje de la historia de la enfermería según las etapas de Colliere

Métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo en estudiantes de primer curso del Grado en Enfermería, matriculados en la asignatura "Bases conceptuales del conocimiento enfermero". La muestra incluyó estudiantes de los cursos académicos 2022/23, 2023/24 y 2024/25.

La intervención se desarrolló en cuatro sesiones de 90 minutos:

Grupos de origen: cada estudiante investigó una etapa histórica (doméstica, vocacional, técnica o profesional) con apoyo bibliográfico.

Grupos de expertos: se consensuó la información clave sobre cada etapa, analizando aspectos como sociedad, salud, cuidados y el concepto de cuidar.

Reagrupación en grupos de origen: se compartió y sintetizó el conocimiento adquirido.

Actividades finales: creación de una infografía y una imagen generada por IA representando cada etapa, además de un cuestionario gamificado individual en la plataforma Quizzy.

Para la recogida de datos se utilizaron las calificaciones obtenidas en las actividades de evaluación (infografías, imágenes generadas con IA y cuestionario gamificado) y un cuestionario ad hoc online, diseñado para medir la satisfacción y percepción del aprendizaje respecto a la metodología empleada. Este cuestionario fue cumplimentado tras las sesiones dedicadas a la historia de la enfermería.

El análisis de los datos consistió en un estudio descriptivo de las calificaciones y de las respuestas del cuestionario, calculando medias y rangos. El tratamiento de los datos fue completamente anónimo, sin recogida de información personal o identificativa. Se obtuvo consentimiento informado verbal, y la participación en el cuestionario fue voluntaria, con posibilidad de revocar la participación en cualquier momento mediante notificación por correo electrónico.

Resultados

Se recogieron los datos de 642 estudiantes a lo largo de tres cursos académicos (2022-2025), de los cuales 601 fueron evaluados con una propuesta metodológica que combinó trabajo cooperativo, generación de imágenes con IA y gamificación. Los resultados académicos mostraron una media de 7,02/10 en las infografías, 7,53/10 en la generación de imágenes con IA y un 7,3/10 en el cuestionario gamificado. En contraste, 41 estudiantes fueron evaluados con un examen tradicional (por no optar voluntariamente a la evaluación continuada con trabajo cooperativo, generación de imágenes con IA y gamificación) obtuvieron una media de 5,04/10. En cuanto a la satisfacción, el 76% de los estudiantes valoraron positivamente su aprendizaje a través de la combinación de metodologías docentes con una puntuación entre 8 y 10. El 70% destacó el uso de las metodologías aplicadas, y el 87% valoró positivamente el trabajo en grupo. El acompañamiento docente recibió una media de 8,83/10, indicando una alta satisfacción con el apoyo recibido.

Discusión

Los resultados evidencian que el uso de metodologías activas e innovadoras mejora significativamente el rendimiento académico, con una diferencia media superior a dos puntos respecto a la evaluación tradicional. Estas estrategias fomentan una mayor implicación, motivación y participación del alumnado, lo que se refleja también en los altos niveles de satisfacción^{5,6}.

La combinación de trabajo cooperativo, gamificación y herramientas como la IA permite adaptarse a distintos estilos de aprendizaje, promoviendo entornos más dinámicos y colaborativos. El acompañamiento docente continuo se revela como un factor clave para la correcta implementación de estas metodologías, optimizando el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Implicaciones para la práctica

Esta experiencia demuestra que es posible enseñar la historia de la enfermería de forma atractiva y relevante mediante enfoques innovadores. La metodología empleada no solo mejora la comprensión de los contenidos, sino que también potencia competencias transversales como el trabajo en equipo, la resolución de problemas y el pensamiento creativo.

La propuesta es transferible a otras asignaturas del Grado en Enfermería, siempre que se garantice la formación adecuada del profesorado y se adapten las estrategias al contexto específico. Además, se abre una línea de futuro para explorar el uso de herramientas como la inteligencia artificial en el diseño de actividades educativas, así como para desarrollar instrumentos de evaluación que reflejen mejor los aprendizajes obtenidos mediante metodologías activas.

La creación de redes como IDhEA (Innovación Docente para una Historia de la Enfermería Activa), que agrupa docentes de España y América Latina, refuerza la necesidad de compartir buenas prácticas y avanzar en la investigación sobre innovación educativa en este campo⁷.

Autores/as

Rosa Noell Boix, María del Carmen Malagón Aguilera, Jordi Benítez Muñoz. Resultados académicos y satisfacción de estudiantes en la historia de la enfermería: Transformando el aprendizaje. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Cavus N, Ibrahim I, Ogonna Okonkwo MO, Bode Ayansina NB, Modupeola T. Los efectos de la gamificación en la educación: una revisión sistemática de la literatura. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2023;14(2):211-241. Disponible en: <https://doi.org/10.18662/brain/14.2/452>
- ² van Gaalen AEJ, Brouwer J, Schönrock-Adema J, Bouwkamp-Timmer T, Jaarsma ADC, Georgiadis JR. Gamificación en la educación de las profesiones sanitarias: una revisión sistemática. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2021;26(2):683-711. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10459-020-10000>
- ³ Zeybek N, Saygi E. Gamificación en la educación: ¿por qué, dónde, cuándo y cómo? Una revisión sistemática. *Games and Culture*. 2024;19(2):237-264. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/15554120231158625>
- ⁴ Yang X. Revisión histórica del aprendizaje colaborativo y el aprendizaje cooperativo. *TechTrends: For leaders in education & training*. 2023;1-11. Publicación anticipada en línea. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11528-022-00823-9>
- ⁵ Matsumura Kasano JP, Gutiérrez-Crespo H, Pastor-García C, Zamudio-Eslava LA, Ruiz-Arias RA. Metodología activa y estilos de aprendizaje en el proceso de enseñanza del curso de metodología de la investigación de una facultad de ciencias de la salud. *An Fac Med*. 2018;79(4):293-300. Disponible en: <https://doi.org/10.15381/anales.v79i4.15632>
- ⁶ Domínguez Rodríguez FJ, Palomares Ruiz A. El "aula invertida" como metodología activa para fomentar la centralidad en el estudiante como protagonista de su aprendizaje. *Contextos Educativos: Revista de Educación*. 2020;26:261-275. Disponible en: <https://doi.org/10.18172/con.4727>
- ⁷ Martínez-Rodríguez L, Amezcua M. Colaboración IDhEA: innovación docente para una historia de la enfermería activa. *Temperamentvm*. 2023;19:e14744. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.58807/temperamentvm20236171>

Bienestar psicológico y carga de los cuidadores informales

Pereira, M.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: "Bienestar psicológico"; "Cuidador informal"; Carga.

Resumen

Introducción

El progresivo envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más relevantes del siglo XXI, con un impacto directo en la organización de los sistemas de salud y de protección social. Según datos recientes de la Comisión Europea, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad han generado un cambio sustancial en la pirámide poblacional, caracterizado por un aumento de personas mayores y, en consecuencia, un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y situaciones de dependencia funcional. Este escenario ha intensificado la necesidad de cuidadores informales, en la mayoría de los casos familiares, cónyuges o allegados cercanos, que asumen la responsabilidad del cuidado cotidiano de personas dependientes. Su papel es indispensable para la sostenibilidad de los sistemas de salud, al suplir la insuficiencia de recursos humanos en la atención formal y contribuir significativamente a la permanencia de los dependientes en su entorno familiar, reduciendo la institucionalización (1).

No obstante, la literatura científica pone de manifiesto que los cuidadores informales enfrentan múltiples desafíos emocionales, físicos y sociales. La sobrecarga asociada a la continuidad del cuidado y entendida como la percepción de exceso de demandas en relación con los recursos disponibles, se traduce en fatiga emocional, estrés prolongado, limitaciones en la vida personal y profesional, así como en un mayor riesgo de deterioro del bienestar psicológico (2). Estos efectos se amplifican en contextos donde las redes de apoyo formal son insuficientes, como ocurre en Portugal, donde la dependencia del cuidado informal es particularmente marcada.

Objetivo

El presente estudio tiene como finalidad analizar la relación entre la sobrecarga percibida y el bienestar psicológico de cuidadores informales en una unidad de salud del norte de Portugal. Pretende aportar evidencia empírica que contribuya al diseño de futuras intervenciones comunitarias y políticas de salud dirigidas a mejorar la calidad de vida de los cuidadores informales, reconociendo su papel esencial en la sostenibilidad del sistema.

Método

Se desarrolló un estudio de carácter descriptivo y correlacional con un enfoque cuantitativo, cuya elección metodológica permitió examinar la relación entre variables sin establecer causalidad. La población de referencia estuvo compuesta por cuidadores informales de usuarios de una Unidad de Salud del norte de Portugal. La muestra se conformó por 26 cuidadores informales, seleccionados mediante criterios de conveniencia, atendiendo a la disponibilidad y accesibilidad en el período de recogida de datos.

El instrumento aplicado constó de tres secciones: un cuestionario de variables sociodemográficas (edad, sexo, parentesco con la persona cuidada, nivel educativo y situación laboral), el Cuestionario de Bienestar Psicológico General (QGBEP) (3) y la Escala de Sobrecarga del Cuidador (ESC) (4). El QGBEP evalúa bienestar psicológico en seis ítems, con puntuaciones entre 0 y 30; valores más altos indican mejor percepción de bienestar. La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, incluye 22 ítems con un rango de 22 a 110, en el cual los valores elevados reflejan niveles más altos de sobrecarga percibida. Para el análisis estadístico se empleó el coeficiente de correlación de Spearman, dado el carácter ordinal de las escalas y la ausencia de distribución normal. Se adoptó un nivel de significación estadística de $\alpha = 0,05$.

Resultados

De los 26 cuidadores participantes, 23 eran mujeres (88,5%), confirmando la feminización del rol de cuidado. La media de edad fue de 54,3 con una desviación estándar de 11,2 años, lo que sugiere que la mayoría de los cuidadores se encuentra en etapa de madurez laboral y personal, frecuentemente compatibilizando cuidados con responsabilidades profesionales y familiares.

En relación con el bienestar psicológico, la puntuación media obtenida fue de 17,6 y desviación estándar 4,6, superior al punto medio de la escala, lo que refleja un nivel de bienestar moderado, aunque no óptimo. Respecto a la sobrecarga percibida, la puntuación media alcanzó los 54,2 desviación estándar 12,9, lo que corresponde a un nivel moderado de sobrecarga. El análisis de correlación evidenció una relación negativa, moderada y estadísticamente significativa entre la sobrecarga y el bienestar psicológico ($\rho = -0,380; 0,045$), lo que indica que, a medida que la sobrecarga percibida aumenta, el bienestar disminuye.

Discusión

Los resultados confirman que la sobrecarga percibida por los cuidadores informales constituye un factor de riesgo para el bienestar psicológico, aunque sin alcanzar valores extremos en la presente muestra. Este hallazgo es coherente con estudios europeos recientes que identifican la sobrecarga como predictor relevante de síntomas ansiosos y depresivos en cuidadores (2). Asimismo, otros autores (5) destacan que el impacto sobre el bienestar psicológico se intensifica cuando el cuidador convive con el receptor de cuidados o mantiene una relación emocional estrecha.

La predominancia femenina observada en la muestra refleja un fenómeno descrito como la feminización del cuidado, documentado en Portugal y en la mayoría de países europeos. Las mujeres, principalmente en edades intermedias, suelen asumir este rol en paralelo con su vida profesional, lo que genera una triple carga: laboral, doméstica y de cuidado (6). Esta realidad plantea la necesidad de políticas públicas sensibles al género que promuevan una mayor corresponsabilidad familiar y social.

Otro aspecto relevante es que el bienestar de los cuidadores no depende exclusivamente de la carga objetiva de tareas, sino también de factores contextuales como el apoyo social, el acceso a recursos comunitarios y la disponibilidad de programas de acompañamiento (5). En Portugal, la limitada oferta de servicios estructurados para cuidadores incrementa el riesgo de aislamiento social y perpetúa la invisibilidad de este grupo (1).

La correlación negativa hallada en este estudio se alinea con revisiones recientes que recomiendan implementar intervenciones multicomponentes, combinando programas psicoeducativos, apoyo psicológico individual y grupal, medidas de flexibilización laboral y estrategias de promoción del autocuidado (6). Dichas intervenciones han mostrado eficacia en reducir la sobrecarga y en fortalecer la resiliencia emocional de los cuidadores informales, contribuyendo a un mejor equilibrio entre sus necesidades personales y las demandas del cuidado.

Conclusiones

Este estudio evidencia que los cuidadores informales presentan un nivel moderado de sobrecarga, el cual, aunque no compromete de manera severa el bienestar psicológico, constituye un factor de vulnerabilidad para su salud emocional. La correlación negativa entre ambas variables subraya la importancia de diseñar políticas de salud pública orientadas a la promoción del autocuidado, la prevención del estrés y el fortalecimiento de redes de apoyo social. Considerando la feminización del rol de cuidado, las intervenciones deben integrar una perspectiva de género y fomentar la corresponsabilidad comunitaria.

El presente estudio presenta limitaciones que deben ser consideradas. El tamaño reducido de la muestra y la ausencia de un muestreo probabilístico limitan la capacidad de generalización de los resultados. Además, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre sobrecarga y bienestar. Aun así, los datos obtenidos aportan evidencia contextualizada a la realidad portuguesa, donde el cuidado informal sigue siendo predominante y poco aplicado en las políticas públicas.

Futuras investigaciones deberían contemplar muestras más amplias y representativas, así como diseños longitudinales que permitan explorar la evolución de la relación entre sobrecarga y bienestar a lo largo del tiempo. Solo a través de estudios sólidos y de la implementación de políticas basadas en evidencia será posible garantizar que los cuidadores informales, pieza clave del sistema de cuidados, puedan ejercer su función sin detrimento de su propia salud y calidad de vida.

Autores/as

Barroso I, Na Dum M, Espincho J, Macieirinha L, Rainho C. Bienestar psicológico y carga de los cuidadores informales. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Lopes H, Hermenegildo C. Living with dementia: exploring the challenges and needs of informal dementia caregivers in Portugal. *Eur J Public Health*. 2024;34(Suppl 3):ckae144.1735. doi:10.1093/eurpub/ckae144.1735.
- ² Malki ST, Johansson P, Andersson G, Andréasson F. Caregiver burden and psychological distress in European informal caregivers: a correlational analysis. *BMC Public Health*. 2025;25:22074.
- ³ Pereira M CAR, Antunes MCQ, Barroso IMARDC, Correia TIG, Brito IS, Monteiro MJFSP. Adaptación y validación del Cuestionario General de Bienestar Psicológico: análisis factorial confirmatorio de la versión reducida. *Rev Enf Ref*. 2018;IV(18):9-18.
- ⁴ Sequeira C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Rev Ref*. 2010;II(12):9-16.
- ⁵ Johansson P, Andersson G, Andréasson F, Malki ST. Caregiver burden, psychological well-being, and support needs among Swedish informal caregivers. *BMC Public Health*. 2025;25:22074. doi:10.1186/s12889-025-22074-y.
- ⁶ Poprelka K, Fasilis T, Patrikelis P, Ntinopoulou E. The multidimensional impact of Dravet syndrome on caregivers: A comprehensive review. *Epilepsy Behav*. 2025;146:109240. doi:10.1016/j.yebeh.2025.109240.

Impacto de la atención multiprofesional en binomios madre-lactante con disfunciones orofaciales: un estudio de intervención.

BEITIA ARRIOLA, A.
ARREGUI ARAMENDI, A.
DEL RIO MARTINEZ, P.
OLIVER GOICOLEA, P.
BARQUERO GARATE, X.
BARRUTIA FEIJOO, L.
ECHEVERRIA SAN MILLAN, J.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: BINOMIOS MADRE/LACTANTE, DISFUNCIONES OROFACIALES

Resumen

Introducción:

Las disfunciones orofaciales en recién nacidos pueden dificultar el establecimiento de la lactancia materna. Una intervención precoz y multidisciplinaria podría mejorar su instauración y mantenimiento.

Objetivo:

Evaluar el impacto de una atención multiprofesional en binomios madre-lactante con dificultades relacionadas con disfunciones orofaciales.

Método:

Estudio observacional, longitudinal y cuasiexperimental (sin grupo control), desarrollado entre noviembre de 2023 y mayo de 2025. Participaron 82 binomios madre-lactante atendidos por un equipo multiprofesional (enfermera especializada en lactancia, fisioterapeuta y pediatra). Se recogieron datos sobre tipo de parto, escalas LATCH y Hazelbaker, plan de lactancia, y tipo de lactancia al alta y a los dos meses. Se utilizó estadística descriptiva y prueba de Chi-cuadrado para el análisis de asociación entre tipo de parto y disfunción orofacial.

Resultados:

Al alta, el 57% de los binomios presentaban lactancia materna exclusiva (LME), el 41% lactancia mixta (LMIXTA) y el 1% lactancia artificial (LA). A los dos meses, la LME aumentó al 72%, la LMIXTA disminuyó al 15% y la LA aumentó al 12%. El análisis del tipo de parto mostró una sobrerrepresentación de partos instrumentados (ventosa y fórceps) en los casos con disfunciones orofaciales, en comparación con la distribución hospitalaria general. La prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2 = 17.39$; $p = 0.0006$) reveló una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Discusión:

Los resultados obtenidos muestran un incremento del 15% en la tasa de lactancia materna exclusiva (LME) a los dos meses, lo que sugiere que la atención multiprofesional ha tenido un efecto positivo en el sostenimiento y mejora de la lactancia en binomios con disfunciones orofaciales.

Este aumento de LME, junto con la reducción de la lactancia mixta (de 41% a 15%), puede estar vinculado a una intervención temprana, coordinada y especializada, que abordó de forma integral los factores mecánicos, emocionales y educativos involucrados en las dificultades de succión. Tal enfoque parece haber favorecido la adquisición de una succión más eficaz y una mayor confianza materna en el proceso de amamantamiento.

Aunque se observa un leve incremento en la lactancia artificial (de 1% a 12%), este cambio podría reflejar casos con disfunciones más complejas o factores sociales no modificables (por ejemplo, reincorporación laboral precoz o falta de apoyo familiar).

Estos hallazgos son consistentes con la literatura que respalda el impacto positivo de los equipos multidisciplinarios (compuestos por pediatría, logopedia, matronas, enfermería, fisioterapia, etc.) en el abordaje de los trastornos de succión y la mejora de los resultados en lactancia.

La asociación entre partos instrumentados y disfunciones orofaciales plantea la necesidad de una vigilancia específica en estos casos.

Entre las limitaciones del estudio destacan la falta de grupo control y el escaso seguimiento a largo plazo. Sería recomendable ampliar la muestra y evaluar la sostenibilidad de la lactancia a los seis meses y más allá.

Conclusiones:

La atención multiprofesional muestra un impacto favorable en la mejora de la lactancia materna en binomios con dificultades iniciales relacionadas con disfunciones orofaciales.

A pesar de las limitaciones del estudio (ausencia de grupo control y corto seguimiento), los resultados apoyan la implementación de intervenciones coordinadas y especializadas.

Se recomienda ampliar la muestra y realizar estudios con seguimiento a largo plazo para evaluar la sostenibilidad de los beneficios observados.

Autores/as

Beitia A, Arregui A, Del Rio P, Echeverria J, Oliver P, Barquero X, Barrutia L. Impacto de la atención multiprofesional en binomios madre-lactante con disfunciones orofaciales: un estudio de intervención. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Alba Lactancia Materna. Fisioterapia para reconducir disfunciones orales en la succión y deglución durante la lactancia materna [Internet]. [lugar desconocido]: Alba Lactancia Materna; [fecha desconocida] [citado 2025 Jun 2]. Disponible en: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/fisioterapia-para-reconducir-disfunciones-orales-en-la-sucion-y-deglucion-durante-la-lactancia-materna/>
- ² Arcusio A, Villa MC, Migliori C. La liberación miofascial como soporte neuromotor para mejorar la capacidad de succión ineficaz en recién nacidos a término: un estudio preliminar. *Ital J Pediatr.* 2024;50(61). doi:10.1186/s13052-024-01611-2
- ³ Círiza Barea E, Burgos Crespo O, Goñi Yarnoz A. Diagnóstico y tratamiento de la anquiloglosia en el bebé. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2024;17(2):88-102.
- ⁴ Díaz Vázquez A. Efectos de un protocolo de terapia manual sobre la lactancia materna en lactantes con anquiloglosia de 0 a 4 meses [tesis de maestría]. Sant Cugat del Vallès: Escola Universitaria Gimbernat; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13002/937>
- ⁵ Hawk C, Minkalis A, Vallone S, et al. Intervenciones manuales para factores musculoesqueléticos en lactantes con lactancia materna subóptima: una revisión exploratoria. *Glob Adv Health Med.* 2019;8:2515690X18816971. doi:10.1177/2515690X18816971
- ⁶ Prevost CP, Gleberon B, Carleo B, Anderson K, Cark M, Pohlman KA. Manual therapy for the pediatric population: a systematic review. *BMC Complement Altern Med.* 2019;19:60. doi:10.1186/s12906-019-2447-2

Estudio multicéntrico sobre la percepción y conocimiento de las indicaciones de uso de las barandillas laterales.

Saldaña Burgos, R.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: restricción física; conocimiento; personal de enfermería; barandillas.

Resumen

OBJETIVOS

Identificar la percepción y el conocimiento otorgado por personal de enfermería a las indicaciones de uso de las barandillas laterales en un hospital de tercer nivel y 4 centros sociosanitarios públicos.

Comparar el conocimiento, basado en la evidencia disponible, del personal de enfermería en los distintos ámbitos asistenciales, detectando necesidades formativas.

Comparar entre los profesionales de ambos ámbitos si consideran las barandillas una medida de contención física y si les aporta seguridad en la práctica diaria.

MÉTODO

Estudio cuantitativo, observacional y transversal multicéntrico llevado a cabo en un hospital de agudos y 4 centros sociosanitarios públicos. La población a estudio es personal de enfermería (enfermeras, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y Técnicos de ayuda a la dependencia) con labor asistencial en los centros analizados N=1166. Muestreo probabilístico estratificado con afijación proporcional por ámbito, n=430. Variables: sociodemográficas, percepción (dicotómica) y conocimientos (escala Likert). Recogidos datos con cuestionario validado. Análisis descriptivo e inferencial con chi-cuadrado.

RESULTADOS

Se obtuvieron 430 cuestionarios (350 hospital, 80 centros sociosanitario). Percepción: el 85,5% que trabajan en el hospital consideran las barandillas como una restricción física, frente al 14,5 % en centros sociosanitarios, encontrándose diferencias significativas entre niveles asistenciales (60.6%-46.2%, $p=0.020$). La percepción de seguridad que aporta su uso no tuvo significancia (95.4%-92.4%, $p=0.271$).

Conocimiento: 7/12 indicaciones de uso son conocidas por > 60% (69.5%-94.4%) de los encuestados. Más del 80% conocen 5/12 indicaciones (80.9%-94.4%) puntuación de 4-5 en la escala Likert. En 9 de 12 indicaciones se encuentran diferencias significativas entre niveles asistenciales ($p < 0.05$). En 7/12 indicaciones el valor fue $p < 0.001$.

DISCUSIÓN

Proporcionalmente los profesionales de hospital consideran en mayor medida las barandillas como una herramienta para prevenir caídas, sin embargo, en el año 2023 el 37% de las caídas en el hospital a estudio tenían las barandillas puestas. En el contexto de la implantación de Guías de Buenas Prácticas, se considera las barandillas como un sistema de contención a evitar, por lo cual para mejorar la adherencia a esta recomendación hace falta estrategias que intervengan en la percepción de los profesionales.

El nivel de conocimientos obtenidos en cuanto a las indicaciones de uso de barandillas, sugiere que persiste una brecha entre la evidencia, los conocimientos de los trabajadores y la práctica clínica asistencial. Se recomienda seguir con la formación y difusión de las indicaciones de uso.

Autores/as

Saldaña Burgos R, Collazos Martínez MA, Martín Monjas S, Zúñiga Blanco L, del Castillo Novo S, Medrano Blanco S, Evangelista F, de Castro Salamanca I, Canteli Diez A. Estudio multicéntrico sobre la percepción y conocimiento de las indicaciones de uso de las barandillas laterales. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Abraham, J., Hirt, J., Richter, C., Köpke, S., Meyer, G., & Möhler, R. (2022). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings. *The Cochrane database of systematic reviews*, 8(8), CD012476. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012476.pub2>
- ² Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). Falls. PSNet. <https://psnet.ahrq.gov/primer/falls>
- ³ Aranz-Andrés, J. M., Limón, R., Mira, J. J., Aibar, C., Gea, M. T., Agra, Y., & ENEAS Working Group (2011). What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event?. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 23(6), 705-712. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr059>
- ⁴ Cumbria Partnership NHS. (2017). Bed rails: Safe and effective use of bed rails.
- ⁵ Department for Health and Ageing, Government of South Australia. (2015). Falls prevention clinical guideline and toolkit. Tool 3: Safe use of bedrails. South Australia, Australia
- ⁶ Dykes, P. C., Curtin-Bowen, M., Lipsitz, S., Franz, C., Adelman, J., Adkison, L., Bogaisky, M., Carroll, D., Carter, E., Herlihy, L., Lindros, M. E., Ryan, V., Scanlan, M., Walsh, M. A., Wien, M., & Bates, D. W. (2023). Cost of Inpatient Falls and Cost-Benefit Analysis of Implementation of an Evidence-Based Fall Prevention Program. *JAMA health forum*, 4(1), e225125. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.5125>
- ⁷ Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., Núñez González, E., Pérez Hernández, D.deG., & Gandoy Crego, M. (2013). Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores [Use of physical restraints on the elderly: attitudes, knowledge and practice among nursing staff]. *Revista española de geriatría y gerontología*, 48(5), 209-215. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.005>
- ⁸ Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., Gandoy-Crego, M., Polo-Luque, L. M., Gómez-Cantorna, C., & Capezuti, E. A. (2014). Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 46(5), 322-330. <https://doi.org/10.1111/jnu.12087>
- ⁹ Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., Núñez González, E., Calvo Francés, F., & Penelo, E. (2016). Adaptación y validación española del Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ) sobre el uso de restricciones físicas en personas mayores [Spanish adaptation and validation of the Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ) on the use of physical restraints on the elderly]. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 39(1), 13-22. <https://doi.org/10.4321/S1137-6627/2016000100003>
- ¹⁰ Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., Polo-Luque, M. L., Hanzelíková Pogrányivá, A., & Penelo, E. (2018). Physical Restraint Use With Elderly Patients: Perceptions of Nurses and Nursing Assistants in Spanish Acute Care Hospitals. *Nursing research*, 67(1), 55-59. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000252>

Implementación de la metodología enfermera en el área de materno-infantil: informatización de los planes de cuidados

Amoros Cerda, S. M.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Cuidados de Enfermería-Nursing Care Terminología Estandarizada de Enfermería-Standardized Nursing Terminology Implementación de Plan de Salud-Health Plan Implementation

Resumen

Objetivos:

Baleares ha integrado un único sistema informático para la mayoría de sus gerencias de salud, el programa Health Care Information System (HCIS).

En el año 2021 la Subdirección de Cuidados Asistenciales del Servei de Salut de las Illes Balears constituyó el grupo de Desarrollo e Implantación del Proceso Enfermero, conocido como grupo DIPE, para adaptar el módulo enfermero predefinido en el programa a las necesidades asistenciales. Este aplicativo permite diseñar y construir planes de cuidados (PC), basados en metodología NANDA-NIC-NOC.

Los objetivos de este trabajo son:

- Describir el proceso de diseño e implementación de PC del área materno-infantil (M-I) con metodología enfermera en el aplicativo informático.
- Evaluar el nivel de implementación de los PC del paciente pediátrico y PC del puerperio (parto vaginal/cesárea) de cada hospital.

Métodos:

Estudio descriptivo; se analizaron los datos del periodo comprendido entre noviembre 2023 y mayo 2024.

Dentro del grupo DIPE se formó el grupo materno-infantil con enfermeras representantes de cada gerencia de esta área específica. Se realizaron reuniones periódicas on-line consensuando qué plan realizar y el contenido del mismo.

Para el diseño de los PC se utilizó metodología NANDA-NIC-NOC, introducida en la base de conocimientos del aplicativo. La implementación se realizó mediante sesiones teórico-prácticas a enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería (TCAE) del ámbito M-I de cada gerencia.

Se incluyeron todos los hospitales de nivel 2: 3 de Mallorca, 1 de Menorca y 1 de Ibiza, de los cuales uno fue excluido al no disponer de datos por reciente migración.

Resultados

El proceso de diseño y contenido de los PC se ha realizado por consenso del grupo M-I, con participación de 8 enfermeras y 2 coordinadoras del grupo: elección del tema, búsqueda NNN, selección diagnósticos NANDA-NIC-NOC, acciones y configuración de las mismas. Se han diseñado y puesto en funcionamiento cinco PC del área M-I: PC paciente pediátrico, PC puerperio (parto vaginal), PC puerperio (cesárea), PC acogida en el parto, PC al Recién Nacido sano, estos dos últimos activados en marzo 2025 (excluidos de este estudio).

En la formación han participado 114 profesionales del área M-I de los hospitales incluidos en el estudio.

Los datos para evaluar el nivel de implementación de los PC se han recogido a los tres meses posteriores de haber realizado la formación en cada centro, con los siguientes resultados:

PC paciente pediátrico: 4,5% centro1; 57% centro 2; 25% centro 3; 14% centro 4

PC puerperio (parto vaginal): 53% centro1; 60% centro 2; 0% centro 3; 9% centro 4

PC puerperio (cesárea): 55% centro1; 67% centro 2; 0% centro 3; 10% centro 4

Discusión-Implicaciones para la práctica:

Los PC están diseñados para ser operativos a nivel asistencial y disminuir la variabilidad en la atención al usuario. Las enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería pueden registrar sus actividades desde la agenda de cuidados, y utilizarla como herramienta de trabajo, disminuyendo el contenido de evolutivos con texto libre.

El nivel de implementación ha sido desigual en los diferentes centros. La formación no es una herramienta suficiente para una correcta adherencia al uso de los PC. Es necesario planificar una estrategia de implantación multinivel y, además, conseguir el compromiso del equipo directivo y cargos intermedios para asegurar su éxito. Aunque en el proceso han participado enfermeras asistenciales, los cambios de algunos miembros del grupo han dificultado la implantación en algunos centros.

La implementación de PC consensuados a nivel comunitario representa una oportunidad clave para mejorar la calidad de la

atención sanitaria. El uso de un lenguaje estandarizado contribuye a incrementar la seguridad del paciente, personalizar los cuidados y facilitar la continuidad asistencial.

Autores/as

Amorós Cerdá SM, Moranta Gelabert M, Cabrer Galmés MF, Barceló Company GL, Riera Hevia B, Vidal Pérez FR, Pujol Salas P, Orvay Vázquez E. Implementación de la metodología enfermera en el área de materno-infantil: informatización de los planes de cuidados. En: *XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.*

Referencias

- ¹ Bertocchi L, Dante A, La CC, Masotta V, Marcotullio A, Jones D, et al. Impact of standardized nursing terminologies on patient and organizational outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing Scholarship* [Internet]. 2023 Nov 1 [cited 2025 Sep 25];55(6):1126-53. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=c4d71393-fe9f-31b0-af7b-eca7b3944aa3>
- ² Togni S, Saracino L, Cieri M, Bianco R, Terzoni S, Giulia SM, et al. Implementing Oncologic Nursing Care Plans in Electronic Health Records With Two Taxonomies: A Pilot Study. *Western Journal of Nursing Research* [Internet]. 2025 Mar 1 [cited 2025 Sep 25];47(3):159-68. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=b8edc85f-ed02-3ad7-8c3d-dca5f4a3b047>
- ³ Lorenzo Ruiz I. Metodología de los cuidados en el proceso enfermero. Teoría y aplicación. Universidad del País Vasco. Servicio Editorial DL 2022
- ⁴ Pérez PE. Investigación en metodología y lenguajes enfermeros. 2ª edición. España. Elsevier Health Sciences. 2020.
- ⁵ Vandrezen L, Pires DEP, Martins MMFPS, Forte ECN, Leão E, Mendes M. Potentialities and difficulties of technological mediation in the work of nurse managers in hospitals. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022 [cited 20250504]; 31:e20220173. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0173en>

Implantación de una guía de buena práctica sobre manejo del dolor en pacientes quirúrgicos: resultados a largo plazo.

CÓRCOLES JIMÉNEZ, M. P.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Dolor postoperatorio, hospitalización, enfermería basada en la evidencia, guías de buenas prácticas

Resumen

INTRODUCCIÓN

La American Society of Anesthesiologists (ASA) define el dolor postoperatorio como una sensación experimentada por el paciente intervenido debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico, a sus complicaciones o a una combinación de estos factores. Se caracteriza principalmente por ser un dolor agudo, de duración limitada, predecible y, en muchos casos, prevenible (1).

El dolor es una experiencia subjetiva, multifactorial y compleja que, si no se aborda de forma adecuada, puede afectar negativamente a la calidad de vida del paciente, a su recuperación funcional y aumentar el riesgo de complicaciones postquirúrgicas. Además, se asocia a un incremento de la morbilidad, de los costes sanitarios y del riesgo de desarrollar dolor crónico persistente (2).

Por ello, su prevención y control son fundamentales para minimizar el sufrimiento, reducir la aparición de complicaciones secundarias, acortar el tiempo de recuperación y estancia hospitalaria, y optimizar los recursos sanitarios (3). Un manejo eficaz del dolor postoperatorio se considera, además, un indicador clave de la calidad asistencial en los centros hospitalarios (3, 4).

A pesar de los avances en técnicas analgésicas y guías clínicas, la prevalencia del dolor postquirúrgico en los hospitales españoles sigue siendo elevada. Entre un 30-80% de los pacientes experimentan dolor moderado-intenso en las primeras 24 horas de una intervención quirúrgica (2).

Desde el año 2012, la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Albacete forma parte del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC/BPSO®), promovido por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) (5). Este compromiso implica la implantación, evaluación y mantenimiento de diversas Guías de Buenas Prácticas (GBP), entre ellas la de "Valoración y manejo del dolor" (6). Esta GBP proporciona un marco basado en la evidencia para la detección, valoración y tratamiento del dolor, promoviendo un enfoque centrado en el paciente, interdisciplinar y multimodal.

La implantación de la GBP ha mostrado efectividad para mejorar la valoración y control del dolor, pero es posible que estos efectos se pierdan en el tiempo por la rotación de profesionales y otros factores, por lo que sería útil objetivar si las modificaciones en los procesos y los resultados en los pacientes se mantienen a largo plazo.

El objetivo de este estudio fue evaluar la evolución de la implantación de las recomendaciones de la GBP "Valoración y manejo del dolor" en el área quirúrgica de la GAI de Albacete, y determinar su efectividad para el control del dolor en pacientes quirúrgicos hospitalizados.

Metodología

Diseño: estudio longitudinal prospectivo.

Población: pacientes mayores de 14 años dados de alta en unidades quirúrgicas de la GAI de Albacete. La muestra se seleccionó siguiendo los criterios establecidos por el Programa CCEC®/BPSO®, evaluando a todos los pacientes dados de alta los días marcados en el calendario de evaluación. El análisis de los datos se estructuró en tres periodos temporales: una medición basal en diciembre de 2012 (T0), previa a la implantación de la GBP; periodo de implantación entre 2013 y 2015 (T1); y fase de sostenibilidad entre los años 2023 y 2024 (T2).

Variables: 1) edad, sexo biológico, estancia hospitalaria; 2) indicadores de proceso: detección del dolor, valoración de la intensidad del dolor con escalas, planificación de cuidados, reevaluación periódica del dolor; 3) indicadores de resultado en los pacientes: intensidad del dolor en las primeras 24 horas tras el ingreso o la intervención quirúrgica (escala 0 a10), considerando dolor severo superior a 5.

Proceso de implantación de la GBP: se siguió la “Herramienta de implantación de Buenas Prácticas” que proporciona RNAO (7). Se creó un equipo de trabajo multidisciplinar encargado de analizar las posibles barreras y elementos facilitadores para la implantación, de seleccionar las recomendaciones cuya implantación fuese factible en nuestra GAI, así como de adaptarlas al contexto en función de su aplicabilidad y viabilidad (recursos humanos y materiales) y al tipo de pacientes. Se adaptaron también los registros de la Historia Clínica Informatizada (Mambrino XXI®) y se elaboró un protocolo de actuación “Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados”, aprobado por la Comisión de Cuidados y Planificación de Enfermería. Se incluyó la GBP y el material informativo en la web de la Gerencia, y se realizaron varias sesiones clínicas de formación continuada sobre actualización de conocimientos y recomendaciones a implantar, a fin de que todos los profesionales las conocieran. La formación continuada se ha renovado periódicamente, y se han creado materiales educativos para pacientes.

Recogida de datos: se realizó siguiendo los estándares del programa BPSO®/CCEC®, que exige evaluaciones periódicas tanto del proceso de implantación como de los resultados en pacientes. Para ello, se utilizó un diccionario de indicadores consensuado, diseñado para minimizar la variabilidad entre evaluadores y centros (5). La información se obtuvo a partir de registros clínicos electrónicos, exportados en tablas anonimizadas dentro del marco de evaluación de calidad asistencial. Estos datos fueron integrados en la plataforma online CarEvID+®, sin información que posibilitara la identificación de los sujetos y que genera informes automáticos de retroalimentación, permitiendo la exportación de los datos del estudio. El acceso a dicha plataforma está restringido a los responsables designados en cada centro, incluidos los investigadores del presente estudio, y al Centro Coordinador del Programa.

Análisis estadístico: se utilizó el programa IBM SPSS® v.21. Se realizó análisis descriptivo de los datos, expresando los resultados mediante medidas de tendencia central y dispersión para parámetros cuantitativos y mediante frecuencia absoluta y porcentaje para variables categóricas. Se calcularon los intervalos de confianza (IC) al 95%. Los test de Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk y Levene se utilizaron para comprobar la normalidad de la distribución de las variables y la homogeneidad de la varianza, respectivamente. El análisis bivalente se realizó mediante pruebas de comparación de proporciones (Chi-cuadrado) y de medias (ANOVA), en función de las variables. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Aspectos éticos: todos los implicados en el proceso de evaluación de la GBP firmaron un acuerdo de confidencialidad, comprometiéndose a seguir las normas de Buena Práctica Clínica. El estudio se desarrolló conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y cumplió con la legislación nacional vigente que regula la investigación con seres humanos en España, como la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Dado que los datos utilizados proceden de registros anonimizados recogidos para la evaluación de calidad asistencial, no fue necesario solicitar consentimiento informado a los pacientes. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación con medicamentos (CEIm) del Área de Salud de Albacete.

Resultados

Se incluyeron un total de 4.169 pacientes (49 T0, 2656 T1, 1464 T2), 54,1%(2255) fueron hombres. La edad media fue de 60,52 años (d.t.=19,04), IC95% [59,9-61,1]. La estancia media de 6,89 días (d.t.=8,34), IC95% [6,64-7,14]. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los periodos por sexo ni por duración de la estancia.

Se realizó detección de dolor en 77,9%(3248) pacientes, pasando de 44,9% en T0; a 74% en T1 y al 86,1% en T2 ($p < 0,001$). La valoración de la intensidad del dolor con escala se realizó en 74,7%(3077), desde un 0% en T0, a 62,4% en T1 hasta el 97,1% en T2 ($p < 0,001$). Un 42,2%(1739) de los pacientes tuvo plan de cuidados para valoración y manejo del dolor, pasando del 0% en T0, al 44,1% en T1 y al 38,7% en T2 ($p < 0,001$). Se realizaron reevaluaciones periódicas de dolor en 42,9%(1767), desde un 0% en T0 a un 46% en T1 y 37,4% en T2 ($p < 0,001$) de los pacientes.

Un 7% de los pacientes presentaron dolor intenso (> 5) en las primeras 24 horas, reduciéndose de un 10,4% en T1 a 2,5% en T2 ($p < 0,001$); mientras que el porcentaje de pacientes sin dolor en las primeras 24 horas pasó de un 21,2% (T1) a un 65,6% (T2) ($p < 0,001$).

Discusión

La implantación de la GBP ha sido liderada por profesionales de Enfermería, quienes han desempeñado un papel clave como impulsores del cambio. Su implicación activa ha sido clave para promover una transformación sostenida en la práctica clínica. La formación continuada, el uso de herramientas visuales y la adaptación de registros clínicos han sido estrategias fundamentales para integrar la valoración del dolor en la práctica diaria.

La valoración de la intensidad del dolor utilizando escalas (que no se realizaba antes del inicio del programa) se ha integrado en la cultura organizacional, manteniéndose su realización durante más de una década en la práctica totalidad de los pacientes. La planificación de cuidados sigue siendo un aspecto a mejorar, dificultado por cambios en la historia clínica. Sin embargo, el porcentaje de pacientes con dolor intenso no ha dejado de disminuir de forma estadísticamente significativa.

La sostenibilidad del programa ha sido posible (gracias a la creación de redes de impulsores (“champions”), el compromiso institucional y la implementación de mecanismos de evaluación continua. Estos elementos han permitido consolidar una cultura de mejora basada en la evidencia, alineada con los principios del modelo BPSO®.

Los resultados obtenidos en la GAI de Albacete se alinean con los de otros centros BPSO® en España y Latinoamérica. Por ejemplo, el estudio multicéntrico liderado por Saiz Vinuesa et al. (8) mostró mejoras significativas en la valoración del dolor en tres hospitales españoles, con una tendencia sostenida en el tiempo y subraya la eficacia de las guías basadas en evidencia para mejorar los resultados en salud y reducir la variabilidad en la práctica clínica. Estos hallazgos refuerzan el valor del modelo BPSO® como estrategia para la implantación sostenible de buenas prácticas, especialmente en contextos hospitalarios donde el dolor postoperatorio sigue siendo un reto no resuelto.

Implicaciones para la práctica

La experiencia acumulada demuestra que la implantación de recomendaciones basadas en evidencia no solo mejora los procesos asistenciales, sino que también impacta positivamente en los resultados en salud, consiguiendo una reducción progresiva de la intensidad del dolor postquirúrgico en pacientes ingresados. La sostenibilidad de estas prácticas requiere liderazgo clínico, formación continua y adaptación a los cambios tecnológicos y organizativos, pero el proceso muestra sostenibilidad a largo plazo, tras doce años de experiencia.

El programa BPSO® se consolida como una estrategia eficaz para transformar la cultura de cuidados, promoviendo entornos clínicos más seguros, humanizados y basados en la evidencia. La guía “Valoración y manejo del dolor” es un ejemplo de cómo la enfermería puede liderar procesos de mejora continua con impacto real en la vida de los pacientes.

Esta experiencia pone de relieve el potencial transformador de la práctica enfermera cuando se apoya en modelos sólidos, evidencia científica y compromiso institucional. Además, invita a seguir explorando nuevas estrategias para reforzar la adherencia a las guías, fomentar la participación de los pacientes en su propio cuidado y consolidar redes de impulsores del cambio que garanticen la continuidad de los avances logrados.

Autores/as

MARIA PILAR CÓRCOLES JIMÉNEZ, MARÍA VICTORIA RUIZ-GARCÍA, MARÍA-JOSEFA CABALLERO-GARCÍA, GEMA CUARTERO-MONSALVE, ANA-ANTONIA SERRANO-MORENO, MARÍA-VICTORIA GARCÍA-VIVANCOS, MARÍA-PAZ CUADROS-GARCÍA, ANABELÉN CASTELLANOS-GARRIDO, LUCÍA GARCÍA-RUIZ BOQUETE. IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE BUENA PRÁCTICA SOBRE MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES QUIRÚRGICOS: RESULTADOS A LARGO PLAZO. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

¹ (1) Guillén-Núñez R, Herrero-Martín D, Salomón Molina PA, Narazaki DK, Hernández-Porras BC, Barsella AR, et al. Control inadecuado del dolor agudo postoperatorio: prevalencia, prevención y consecuencias. Revisión de la situación en Latinoamérica. Revista Mexicana de Anestesiología [Internet]. Julio, 2021 [consultado el 25 de septiembre de 2025];44(3):190-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.35366/99666>

² (2) Ribera Leclerc HJ, Montes Pérez A, Moneris Tabasco MM, Pérez Herrero MA, Del Río Fernández S, López Pais P. El problema no resuelto del dolor postoperatorio: análisis crítico y propuestas de mejora. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. Julio, 2021 [consultado el 25 de septiembre de 2025].DOI: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2021.3917/2021>

³ (3) Pérez-Guerrero AC, Aragón MC, Torres LM. Postoperative pain: Where are we going? [Dolor postoperatorio: ¿Hacia dónde vamos?]. Rev Soc Esp Dolor. 2017;24(1):1-3. doi:10.20986/resed.2017.3566/2017

⁴ (4) Ortega-García JL, Neira-Reina F. The treatment of postoperative pain. An unresolved problem? [El tratamiento del dolor postoperatorio. ¿Un problema sin resolver?]. Rev Soc Esp Dolor. 2018;25(2):63-65. doi:10.20986/resed.2018.3668/2018

⁵ (5) González-María E, Moreno-Casbas MT, Albornos-Muñoz L, Grinspun D, Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®, Grupo metodológico, et al. Implantación de Guías de buenas prácticas en España a través del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. Enferm Clí [Internet]. 2020; 30(3):136-44. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.09.018>

⁶ (6) Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Guía de buenas prácticas: Valoración y manejo del dolor. 3.ª ed. Toronto (Canadá): RNAO; 2013 [consultado el 26 septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.bpso.es/wp-content/uploads/2020/01/D0030_BPG_Pain_2013.pdf

⁷ (7) Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Herramienta de implantación de buenas prácticas. 2ª ed. Toronto (Canadá): RNAO; 2012 [consultado el 28 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.bpso.es/wp-content/uploads/2020/03/D0041_Toolkit_2015.pdf

⁸ (8) Saiz Vinuesa MD, Albornos-Muñoz L, Fernández Núñez ML, López-García M, Moreno-Casbas T y González Sánchez JA. Resultados de la implantación de la Guía de valoración y manejo del dolor en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CEEC®) en España. *Enferm Clín.* 2020; 30(3):212-221. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.04.002>

Grado de conocimiento de salud cardiovascular y uso de dispositivos wearables en deportistas amateur.

GODOY BIELSA, J. M.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Deporte, salud cardiovascular, arritmias cardíacas, reconocimiento médico.

Resumen

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de mortalidad a nivel mundial y afectan de manera creciente a la población activa y deportista. Si bien la práctica regular de ejercicio físico constituye un factor protector fundamental, también puede conllevar riesgos cuando se realiza sin un adecuado control médico, especialmente en los recién iniciados al mundo del deporte o también llamados, deportistas amateur. En este contexto, los reconocimientos médicos previos a la actividad resultan esenciales para prevenir eventos adversos. Además, los dispositivos electrónicos portátiles o “wearables” se han popularizado como herramientas de monitorización fisiológica, capaces de registrar datos como la frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno o el ritmo electrocardiográfico. Sin embargo, la falta de formación en la interpretación de estos registros limita totalmente su potencial clínico.

Objetivos

El estudio tiene como objetivo principal describir el grado de conocimiento que poseen los deportistas amateur sobre su salud cardiovascular y evaluar el uso que hacen de los dispositivos electrónicos de salud (wearables). Como objetivos específicos se establecieron analizar la capacidad de los deportistas para interpretar los registros aportados por su wearable, determinar si estos dispositivos son utilizados con fines clínicos y, finalmente, averiguar si de su uso se ha desprendido una solicitud de consulta médica.

Material y método

Estudio descriptivo, observacional, con metodología cuantitativa. Se recogieron datos a partir de un cuestionario de elaboración propia distribuido a personas mayores de 18 años que practican ciclismo o running de forma amateur. La muestra se captó en eventos deportivos organizados y zonas de entrenamiento de las provincias de Madrid y Toledo entre diciembre de 2024 y abril de 2025. Se recogieron variables sociodemográficas, hábitos de vida, práctica deportiva, uso de wearables, experiencia con eventos cardiovasculares y realización de reconocimientos médicos.

Resultados

Se obtuvieron 157 cuestionarios válidos que mostraron que el 60% de los participantes consideraba tener buenos conocimientos en salud cardiovascular. Pese a ello, un 74% de los participantes nunca había considerado el riesgo cardiovascular vinculado a la práctica deportiva, estimando de manera preferencial las patologías y lesiones osteomusculares. Un 78,3% de la muestra utilizaba wearables para monitorizar su actividad, y de ellos un 15,9% recibió alguna alerta relacionada con su salud. Sin embargo la alerta solo fue atendida por 7 deportistas, que sí solicitaron ayuda profesional. En la muestra, el 12,7% de los encuestados nunca había realizado un reconocimiento médico previo a su participación en los eventos deportivos, un 45,2% sí se había realizado un reconocimiento, si bien era de índole laboral y un 42% sí contaba con un reconocimiento médico específico para su práctica deportiva.

Discusión

Resulta evidente que la práctica deportiva tiene muchos efectos beneficiosos para la salud, si bien se recomienda que, cuando el ejercicio es de cierta intensidad, previamente el deportista debería realizarse un reconocimiento médico ad hoc. El uso de wearables, si bien no sustituye al reconocimiento médico deportivo, tendría un potencial uso preventivo y clínico. Se identifica la necesidad de educación en salud cardiovascular y en el uso adecuado de estos dispositivos. Las implicaciones para la práctica de la enfermería son claras: se requiere un papel más activo en la educación y prevención cardiovascular en el ámbito deportivo. Se recomienda implementar programas de Educación para la Salud personalizados, que incluyan interpretación básica de datos fisiológicos y promoción del reconocimiento médico específico para la práctica deportiva.

Conclusiones

Los deportistas amateur minimizan el riesgo cardiovascular asociado a la práctica de ejercicio físico, prestando más atención

a los riesgos osteomusculares. Pese a ello, la mayoría utiliza wearables que ofrecen numerosas constantes y registros, con un potencial desaprovechado.

Autores/as

Godoy Bielsa JM (ORCID: 0009-0005-2118-0615), Hernández Ovejero H (ORCID: 0009-0004-8669-4599), Galvín Gonzalez M, Estévez Fernández A, Bidasolo Zamalloa I, Fernández Leiva S, Oliva Collado L, Picatoste Soria A, Quintana Alonso R (ORCID: 0000-0002-6746-6134). Grado de conocimiento de salud cardiovascular y uso de dispositivos wearables en deportistas amateur. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Fuster V, Castellano JM, Narula J, Castillo J. Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. Rev Esp Cardiol. 1 de septiembre de 2014;67(9):724-30.
- ² Castillo-García A, Valenzuela PL, Saco-Ledo G. Estilo de vida y riesgo cardiovascular de jóvenes trabajadores: hallazgos en una cohorte de toda España. Rev Esp Cardiol. 1 de octubre de 2024;77(10):821-31.
- ³ León-Latre M, Moreno-Franco B, Andrés-Esteban EM, Ledesma M, Laclaustra M, Alcalde V, et al. Sedentarismo y su relación con el perfil de riesgo cardiovascular, la resistencia a la insulina y la inflamación. Rev Esp Cardiol. 1 de junio de 2014;67(6):449-55.
- ⁴ Cordero A, Masiá MD, Galve E. Ejercicio físico y salud. Rev Esp Cardiol. 1 de septiembre de 2014;67(9):748-53.
- ⁵ Barbosa Granados SH, Urrea Cuéllar ÁM. Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. Katharsis Rev Cienc Soc. 2018;(25):141-60.
- ⁶ Gil DIN. Sociedad Española de Cardiología. 2011 [citado 23 de noviembre de 2024]. El riesgo del deporte: ¿es necesario un estudio previo a la práctica deportiva? Disponible en: <https://secardiologia.es/blog/3346-el-riesgo-del-deporte-ies-necesario-un-estudio-previo-a-la-practica-deportiva>
- ⁷ Morentin B, Suárez-Mier MP, Monzó A, Ballesteros J, Molina P, Lucena J. Muerte súbita relacionada con la actividad deportiva en España. Estudio poblacional multicéntrico forense de 288 casos. Rev Esp Cardiol. marzo de 2021;74(3):225-32.
- ⁸ Martínez AR. Prevalencia de enfermedades cardíacas en deportistas tras un circuito de reconocimientos médico-deportivos. Rev Asoc Esp Enferm En Cardiol. 26 de octubre de 2023;30(88-89):Cardiol. 2023; 30 (88-27.
- ⁹ Rowland T. Muerte inesperada súbita en atletas jóvenes: reconsideración de la ¿cardiomiopatía hipertrófica¿. Pediatrics. 1 de abril de 2009;67(4):235-40.
- ¹⁰ Martín Castellanos A. Reconocimientos médicos para la actividad físico-deportiva. Med Fam SEMERGEN. 1 de abril de 2006;32(4):199-201.

Cribado para la detección precoz de la fragilidad en el ámbito hospitalario.

Muñoz Jiménez, D.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Fragilidad, cribado, FRAIL

Resumen

INTRODUCCIÓN

La fragilidad es un síndrome geriátrico complejo, caracterizado por una disminución progresiva de la reserva fisiológica y la capacidad de adaptación del organismo ante situaciones de estrés, lo que incrementa la vulnerabilidad a eventos adversos como caídas, hospitalización y mayor dependencia. Este estado no debe considerarse una consecuencia inevitable del envejecimiento, sino una condición patológica prevenible y potencialmente reversible.

La prevalencia de fragilidad varía según el entorno y los criterios utilizados. En población general mayor de 70 años, se estima que alrededor del 27,7% presenta síndrome de fragilidad. Esta cifra se incrementa significativamente en contextos hospitalarios, donde estudios observacionales han reportado prevalencias superiores al 60%. Esta alta incidencia en pacientes hospitalizados subraya la necesidad de implementar estrategias de cribado precoz, especialmente en centros de alta complejidad, para facilitar intervenciones oportunas que mejoren los resultados clínicos y funcionales.

El cribado precoz de la fragilidad constituye una estrategia clave en la atención geriátrica, orientada a la identificación temprana de personas mayores en situación de vulnerabilidad antes de que se manifiesten complicaciones clínicas graves. Este proceso permite detectar signos incipientes de deterioro funcional, cognitivo o social, facilitando la implementación de intervenciones preventivas y personalizadas. Diversas herramientas han sido desarrolladas para este fin, entre ellas la escala FRAIL, que evalúa cinco dominios fundamentales: fatiga, resistencia, ambulación, enfermedades y pérdida de peso. Su aplicación en entornos hospitalarios ha demostrado ser eficaz para discriminar pacientes con mayor riesgo de fragilidad.

En el marco del estudio realizado en el hospital Clínico San Carlos, la implementación de un sistema de cribado electrónico permitió identificar precozmente a pacientes mayores de 70 años con fragilidad, utilizando criterios funcionales (Barthel 90-100) y clínicos (FRAIL > 3). Esta estrategia se alinea con los objetivos del Plan de Atención Integral a la Fragilidad, que promueve la detección temprana como paso previo a la realización de valoraciones geriátricas integrales por profesionales especializados. La valoración geriátrica integral, en este contexto, se configura como una herramienta esencial para profundizar en el diagnóstico multidimensional de los casos detectados, permitiendo diseñar intervenciones personalizadas que aborden no solo el estado físico, sino también los aspectos cognitivos, emocionales y sociales del paciente. Así, el cribado actúa como mecanismo de alerta, mientras que la valoración geriátrica integral proporciona el marco clínico necesario para una atención integral y centrada en la persona.

OBJETIVO

Describir la frecuencia de detección precoz de fragilidad mediante cribado en un hospital de tercer nivel, según criterios establecidos para personas mayores de 70 años, con resultado de escala de Barthel entre 90 y 100 y escala FRAIL > 3. Secundariamente describir las características de los casos identificados mediante sus variables sociodemográficas.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo observacional. Se desarrolló en el Hospital Clínico San Carlos del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), y se basó en el análisis retrospectivo de datos exportados de la historia clínica electrónica, durante el periodo comprendido entre enero y abril de 2025. La intervención se enmarca en el pilotaje de un procedimiento de cribado automatizado, implementado en el último trimestre de 2024, como parte del Plan de Atención Integral a la Fragilidad del SERMAS.

La población objetivo incluyó a todos los pacientes ingresados en unidades de hospitalización convencional durante el

periodo de análisis. Los criterios de inclusión fueron: edad igual o superior a 70 años, ingreso hospitalario en el periodo establecido y disponibilidad de valoración de enfermería registrada en la HCE al ingreso. Se excluyeron aquellos pacientes sin registro completo de las escalas funcionales requeridas para el cribado dentro de la valoración.

Las variables consideradas se agruparon en tres bloques: sociodemográficas: edad, sexo; funcionales: puntuación en la escala de Barthel al ingreso, categorizada en cinco niveles de dependencia (independiente, leve, moderada, severa y total) y clínicas: puntuación en la escala FRAIL, utilizada para identificar riesgo de fragilidad (puntuación >3 considerada fragilidad). Se definió como caso positivo de cribado aquel paciente con puntuación en Barthel entre 90 y 100 (indicando independencia funcional/dependencia leve o escasa) y puntuación en FRAIL superior a 3 (indicando fragilidad). Los datos fueron extraídos mediante las funciones analíticas de la herramienta Power BI (PWBI) integrada en el cuadro de mandos de la Dirección de Enfermería. Se realizó un análisis descriptivo de las variables: cuantitativas (edad, puntuaciones), se calcularon media aritmética y desviación estándar (DE). Para variables cualitativas (sexo, niveles de dependencia), se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes relativos. Se estimó la frecuencia mensual de detección de casos positivos de fragilidad, así como la distribución por sexo y edad de los pacientes identificados. La mediana de detección mensual se utilizó como indicador de rendimiento del sistema de cribado.

RESULTADOS

Durante el periodo de análisis comprendido entre enero y abril de 2025, se registró un total de 13.085 pacientes hospitalizados en el centro. De esta población, 6439 pacientes (49,2%) cumplían el criterio de edad establecido para el cribado de fragilidad, es decir, eran mayores de 70 años.

Entre estos pacientes, 3965 individuos (61,5%) contaban con una valoración de enfermería registrada en el ingreso, incluyendo la aplicación de la escala de Barthel. La distribución de los niveles de dependencia funcional registrados fue la siguiente: independiente 1645 pacientes (41,5%), dependencia leve 1165 pacientes (29,4%), dependencia moderada 551 pacientes (13,9%), dependencia severa 340 pacientes (8,6%) y dependencia total 535 pacientes (13,5%). Se identificaron 2326 pacientes (58,6%) que contaban con una valoración completa mediante la escala FRAIL. En este subgrupo, la distribución por sexo fue de 998 mujeres (42,9%) y 1328 hombres (57,1%). La edad media de este grupo fue de 79,1 años, con una desviación estándar (DE) de 6,13 años. La escala FRAIL clasificó como frágiles a 240 (10,33%).

Aplicando los criterios combinados del procedimiento de cribado ($\text{Barthel} \geq 90$ y ≤ 100 ; $\text{FRAIL} \geq 3$), se identificaron 73 pacientes que cumplían con ambos requisitos, lo que representa un 3,1% del total de pacientes con valoración funcional y clínica completa. Estos casos fueron considerados como pacientes frágiles detectados precozmente y subsidiarios de una valoración geriátrica integral.

La mediana de detección mensual de pacientes con cribado de fragilidad durante el periodo de estudio fue de 17,5 casos por mes (enero=16, febrero=18, marzo=22, abril=17), lo que indica una incidencia regular de detección durante el periodo de medición. En cuanto a la distribución por sexo de los pacientes identificados precozmente como frágiles. La distribución por sexos fue de hombres: 42 casos (57,5%) y mujeres: 31 casos (42,5%).

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio evidencian la utilidad del cribado sistemático para la detección precoz de fragilidad en adultos mayores de 70 años hospitalizados. Su detección temprana permite implementar intervenciones preventivas que pueden evitar la progresión hacia la dependencia funcional, institucionalización o eventos adversos graves. En este sentido, la incorporación del cribado a la Historia Clínica Digital realizada en este estudio se configura como una herramienta eficaz para identificar a estos pacientes desde el ingreso hospitalario.

La literatura científica demuestra que la ausencia de un cribado sistemático de fragilidad en ámbito hospitalario limita la capacidad de respuesta asistencial y la planificación de cuidados geriátricos. La incorporación de escalas como FRAIL, Fried o Edmonton en la historia clínica electrónica, permite automatizar el proceso de detección y facilitar la toma de decisiones clínicas basadas en datos objetivos.

El Plan de Atención Integral a la Fragilidad tiene por objeto la detección precoz, así como la valoración multidimensional de la persona. La prevalencia de fragilidad en adultos mayores de 70 años en España se sitúa sobre el 27,7%, por lo que su detección precoz es esencial para prevenir la discapacidad. Identificar estas situaciones tempranamente permitirá la realización de valoraciones geriátricas integrales por enfermeras especialistas bien capacitadas, como uno de los pilares de la valoración y manejo del paciente frágil.

Autores/as

Muñoz-Jiménez D, González-Sánchez JA, Fernández-Carrasco E, Cruz-Salcedo JC, García-Cuesta AM, Solas-Gómez B, Montealegre-Sanz M, Cubero-Muñoz A. Cribado para la detección precoz de la fragilidad en el ámbito hospitalario. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Gómez-Jiménez E, Avendaño-Céspedes A, Cortés-Zamora EB, García-Molina R, Abizanda P. Prevalencia de fragilidad en adultos mayores hospitalizados. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95:e202110158
- ² Deng Y, Zhang K, Zhu J, Hu X, Liao R. Healthy aging, early screening, and interventions for frailty in the elderly. *Biosci Trends*. 2023;17(4):252-61.
- ³ Lunt EK, Gordon AL, Greenhaff PL, Gladman JF. The influence of immobility on muscle loss in older people with frailty and fragility fractures. *GeroScience*. 2024;1-12
- ⁴ Oliveira FMRLD, Barbosa KTF, Rodrigues MMP, Fernandes MDGM. Frailty syndrome in the elderly: conceptual analysis according to Walker and Avant. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:e20190601
- ⁵ Taguchi CK, Menezes PDL, Melo ACS, Santana LSD, Conceição WRS, Souza GFD, Silva ARD. Frailty syndrome and risks for falling in the elderly community. *CoDAS*. 2022 Aug;34:e20210025.
- ⁶ Zhang XM, Cao S, Gao M, Xiao S, Xie X, Wu X. The prevalence of social frailty among older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2023;24(1):29-37.

Valoración de la eliminación urinaria en Geriatría: Estudio preimplantación de la Guía RNAO® de manejo vesical.

Fernández Carrasco, E.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Incontinencia, Evaluación de Enfermería, Absorbentes, Geriatría

Resumen

Introducción

La incontinencia urinaria representa un deterioro de la calidad de vida del paciente y por consiguiente una mayor necesidad de cuidados.

En España, afecta al 24% de las mujeres y al 15,8% de los hombres, alcanzando cifras de hasta el 80% en mujeres mayores de 85 años institucionalizadas.

A pesar de su alta prevalencia, a menudo se aborda de forma ineficaz debido a la falsa creencia de que es una consecuencia normal del envejecimiento.

En el entorno hospitalario, la presión asistencial, la falta de tiempo o el desconocimiento de las recomendaciones basadas en la evidencia derivan en una situación donde los absorbentes se convierten en una "única solución" en lugar de favorecer otras intervenciones que empoderen al paciente y promuevan su autonomía.

En el año 2025 en el Hospital Clínico San Carlos, centro designado como Centro Comprometido con la Excelencia en los Cuidados®, se comienza con la implantación de la Guía de Buenas Prácticas "Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal". Sus recomendaciones basadas en la evidencia científica ofrecen estrategias efectivas para dar apoyo a los adultos que sufren incontinencia urinaria e intestinal.

Objetivos

Objetivo principal:

Describir el grado de registro del patrón de eliminación, concretamente de la eliminación urinaria, en la valoración de Enfermería en una unidad de Geriatría en el Hospital Clínico San Carlos, como situación basal a la implantación de la Guía "Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos" de la RNAO®.

Objetivos secundarios:

Analizar el registro actual de las alteraciones de la eliminación urinaria.

Evaluar la utilización de dispositivos de absorción en los pacientes de la unidad.

Método

Estudio descriptivo transversal de la información incluida en el formulario de la valoración de enfermería del adulto en hospitalización de la Historia Clínica Electrónica.

La población de estudio son los pacientes dados de alta de la Unidad de Geriatría del Hospital Clínico San Carlos el año 2024.

El formulario de valoración de enfermería está estructurado en los 11 patrones funcionales de Gordon organizando la información sobre el estado físico, psicológico y social de la persona ingresada. El estudio se centra en evaluar los aspectos del Patrón 3. Eliminación, concretamente en la urinaria.

Las variables incluidas son:

o Variables sociodemográficas: sexo y edad

o Variables cualitativas:

- Alteración de la eliminación urinaria. Variable cualitativa nominal dicotómica (Sí / No).
- Tipo de alteración de la eliminación urinaria. Variable cualitativa nominal dicotómica (retención urinaria / incontinencia), condicionada a una respuesta afirmativa en la variable anterior.
- Tipo de incontinencia urinaria. Variable cualitativa nominal policotómica con seis categorías (esfuerzo, refleja, urgencia, funcional, por rebosamiento, mixta).
- Tipo de incontinencia. Variable cualitativa nominal policotómica con seis categorías (esfuerzo, refleja, de Urgencia, funcional, por rebosamiento y mixta).
- Portador de dispositivo para eliminación urinaria. Variable cualitativa nominal dicotómica (Sí / No).
- Tipo de dispositivo para eliminación urinaria. Variable cualitativa nominal policotómica con seis categorías (colector, compresa, ostomía, pañal/absorbente, sonda urinaria, talla vesical), condicionada a una respuesta afirmativa en la variable anterior.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar y las cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas. Las funciones analíticas de la herramienta Power BI fueron utilizada para el estudio de los datos.

Resultados

Durante el año 2024, la Unidad de Geriátrica registró 1173 altas hospitalarias. Se recogieron 1074 registros del formulario de valoraciones de enfermería de hospitalización en adultos.

La distribución demográfica de los pacientes fue de un 34,17% hombres y un 65,83% mujeres. La media de edad fue de 91,17 años (DE=7,80).

Respecto a las valoraciones de enfermería, la alteración en la eliminación fue documentada en el 77,22% (830) de los registros. De estos, en el 63,97% (531) se incluía alguna alteración, siendo las incontinencias urinarias las más frecuentes, constituyendo el 94,72% (503) de las alteraciones detectadas, el 71,57% en mujeres y 28,42% en hombres. Este apartado permitía respuestas múltiples, abarcando distintos tipos de incontinencia, lo que dio lugar a 41 clasificaciones diferentes. Entre ellas, la incontinencia de urgencia representó el 19,3% y la funcional el 19%. El 13,91% de las incontinencias identificadas no fueron clasificadas.

Adicionalmente, se observó que el 21,73% (65) de las valoraciones, a pesar de estar documentada y presentar una no alteración en la eliminación, tenían registrado el uso de dispositivos absorbentes (pañal o compresa). En 37 de las 244 valoraciones sin registro de alteración en la eliminación, también se indicó el uso de dichos dispositivos.

Discusión

Los resultados obtenidos evidencian una alta prevalencia de alteraciones en la eliminación urinaria en la población geriátrica hospitalizada, siendo la incontinencia urinaria la más frecuente. Este hallazgo coincide con otras investigaciones que concluyen que las alteraciones de la eliminación urinaria son altamente prevalentes en pacientes geriátricos hospitalizados, especialmente en mujeres.

A pesar de esta elevada prevalencia, se observa una tendencia a la infravaloración del problema en el entorno hospitalario, donde el uso de dispositivos absorbentes se registra incluso en pacientes sin alteraciones documentadas en la eliminación urinaria. Esto sugiere una errónea normalización del uso de absorbentes como medida estándar.

Además, la existencia de 41 clasificaciones diferentes de incontinencia urinaria en los registros evidencia la necesidad de reforzar la formación del personal sanitario en este tema. Unos conocimientos adecuados permitirían mejorar la precisión diagnóstica, optimizar las intervenciones y favorecer una atención más personalizada y eficaz.

La implantación de la Guía de Buenas Prácticas “Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal” en el Hospital Clínico San Carlos representa una oportunidad para transformar esta realidad.

Desarrollar un plan de acción fundamentado en las recomendaciones recogidas en la Guía con actividades que promuevan una valoración más exhaustiva de la eliminación urinaria, terapias conductuales como la micción inducida o el entrenamiento vesical que pueden aplicarse tras una evaluación individualizada del patrón de eliminación, pueden contribuir a reducir el uso de absorbentes cuando no está clínicamente indicado.

Con estas estrategias se pueden solventar los problemas asociados a un uso indiscriminado de los absorbentes como son la pérdida de autonomía, sentimientos de incomodidad y vergüenza, desmotivación para mantener la continencia, riesgo de infecciones urinarias, lesiones cutáneas y también un gasto en productos injustificado.

Autores/as

Fernández Carrasco E, González Sánchez JA, Cruz Salcedo JC, Solas Gómez B, Méndez Juárez A, Cruz Flores J, Muñoz Jiménez D. Valoración de la eliminación urinaria en Geriatría: Estudio preimplantación de la Guía RNAO® de manejo vesical. XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

¹ Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). A proactive approach to bladder and bowel management in adults, 4th ed. Toronto (ON): RNAO; 2020 (Un abordaje proactivo para el manejo vesical e intestinal en adultos. 4ª ed. adá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario)

² Asociación Española de Urología [Internet]. [citado 10 de mayo de 2024]. Guía de atención a personas con Incontinencia Urinaria. Disponible en: <https://aeu.es/contenido.aspx?ID=4492&Type=8>

³ Gibson W, Johnson T, Kirschner-Hermanns R, Kuchel G, Markland A, Orme S, et al. Incontinence in frail elderly persons: Report of the 6th International Consultation on Incontinence. *Neurourology and Urodynamics*. enero de 2021;40(1):38-54.

⁴ Campbell J, Hubbard R, Ostaszkiwicz J, Green T, Coyer F, Mudge A. Incontinence during and following hospitalisation: a prospective study of prevalence, incidence and association with clinical outcomes. *Age and Ageing*. 1 de septiembre de 2023;52(9):afad181.

⁵ Ostaszkiwicz J, O'Connell B, Millar L. Incontinence: Managed or mismanaged in hospital settings? *International Journal of Nursing Practice*. 2008;14(6):495-502

⁶ Egbujie BA, Northwood M, Turcotte LA, McArthur C, Berg K, Heckman GA, et al. Predictors of improvement in urinary incontinence in the postacute setting: A Canadian cohort study. *Neurourology and Urodynamics*. noviembre de 2022;41(8):1749-63.

⁷ Starer P, Libow LS. Obscuring Urinary Incontinence: Diapering of the Elderly. *J American Geriatrics Society*. diciembre de 1985;33(12):842-6.

⁸ Schlögl M, Umbehrl MH, Habib MH, Wagg A, Gordon AL, Harwood R. Promoting continence in older people. *Age and Ageing*. 2 de septiembre de 2022;51(9):afac19

Actividad "Encuentros" en el Liderazgo Transformacional. Identificando Necesidades y Mejoras en el Equipo de Enfermería.

Fernández Carrasco, E.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Liderazgo, motivación, confianza, gestión, enfermería

Resumen

INTRODUCCIÓN

El liderazgo transformacional en enfermería se ha consolidado como un enfoque clave para mejorar la calidad del cuidado, la satisfacción laboral y la retención del personal en entornos de salud cada vez más complejos. Este modelo ha adquirido una gran relevancia tras la pandemia de COVID-19, una situación que marcó un punto de inflexión no solo sanitario si no también económico y social.

El año 2020 fue, sin duda, el más grave para la población por la incertidumbre inicial y la alta mortalidad. Sin embargo, en el ámbito sanitario, la experiencia de crisis se prolongó a lo largo de 2021 y 2022. Durante estos años, los profesionales de enfermería se enfrentaron a oleadas mantenidas y a un agotamiento físico y mental debido a la presión asistencial constante y la necesidad de adaptación continua a nuevos protocolos.

Esta situación sumada a la continua rotación del personal, que comprometían la estabilidad de los equipos, hizo que el Hospital Clínico San Carlos decidiera como estrategia en 2023, la implantación de la Guía de Desarrollo y Mantenimiento del Liderazgo en Enfermería.

La piedra angular de esta Guía desarrollada por la RNAO® (Registered Nurses Association of Ontario), es el liderazgo transformacional. Este tipo de liderazgo se centra en objetivos clave: inspirar, motivar y empoderar a los equipos de enfermería, buscando mejorar el desempeño individual y fomentar el compromiso a largo plazo con la Institución.

Una de sus recomendaciones es "Las enfermeras líderes fomentan las relaciones y la confianza". La evidencia demuestra que las relaciones de confianza y respeto con los líderes conducen directamente a resultados positivos en el entorno laboral, como el aumento del compromiso institucional y la satisfacción laboral, la disminución del absentismo, y una mejora en la calidad del cuidado.

Bajo esta recomendación se desarrolló una actividad bajo el nombre de "Encuentros" que consistían en reuniones individuales del supervisor con los profesionales de enfermería de cada unidad. Eran encuentros no estructurados y diseñados por cada supervisor para fomentar un ambiente colaborativo y de confianza, libres presiones evaluativas.

OBJETIVO

Principal:

Establecer un "encuentro" entre el supervisor de unidad y el profesional de enfermería, en el que éste perciba que su opinión es escuchada y valorada, durante el segundo semestre de 2024, como parte del plan de acción de la Guía de Desarrollo y Mantenimiento del Liderazgo en Enfermería de la RNAO®.

Secundario:

Describir las necesidades de formación y las áreas de mejora reportadas por los profesionales de enfermería y recopiladas por el supervisor de unidad en el "encuentro", así como la aportación de la misma al supervisor.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal de un cuestionario autoadministrado y nominativo.

El estudio se llevó a cabo entre septiembre y diciembre de 2024 en el Hospital Clínico San Carlos y Centros de Especialidades asociados.

La población de estudio fue 1358 enfermeros y 1082 Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

El cuestionario se dirigió a los 38 Supervisores de Unidad Funcional que forman el equipo de la Dirección de Enfermería.

El cuestionario desarrollado en la aplicación Microsoft Forms estaba estructurado en cuatro secciones, la primera recogía variables cuantitativas sobre la estructura de la Unidad, número de enfermeros y Técnicos Medios en Cuidados Auxiliares de Enfermería que participaban de la actividad "Encuentros".

En la segunda y tercera sección el supervisor, debía sintetizar en variables cualitativas ordinales las áreas de mejora y las necesidades de formación respectivamente que sus profesionales habían identificados y transmitido en sus reuniones personales.

En total eran 12 ítems que se medían con una escala Likert de 4 puntos (nada, poco, bastante y mucho).

La cuarta sección estaba reservada para conocer que había aportado esta actividad al Supervisor.

Se realizó un análisis descriptivo, presentando las variables cuantitativas en valores absolutos, las cualitativas con su distribución de frecuencias y categorizando el texto libre en dimensiones recurrentes.

RESULTADOS

Se recibieron 23 formularios que recogen información proporcionada por 429 enfermeros (31,6% de la plantilla) y 343 TMCAE (31,7%), representando áreas ambulatorias, de hospitalización y quirófano de la Institución.

En la sección de "áreas de mejora", los supervisores concluyeron, tras sus conversaciones con los profesionales, que las necesidades de mejora se concentraban en la disponibilidad de recursos materiales (73,9%), la formación en cuidados y técnicas específicas de la Unidad (56,52%), la relación con otros miembros del equipo multidisciplinar (52,2%), la definición de competencias (39,13%), la relación con los compañeros (34,7%) y la formación en cuidados y prácticas básicas (30,43%).

En cuanto a necesidades de formación destacaron: investigación (78,3%), técnicas específicas (69,6%), gestión (43,47%), liderazgo (30,43%) y la relación paciente y familia (26,1%).

De los 23 formularios recibidos, en 16 de ellos el supervisor aseguró que la actividad les aportó información que desconocían sobre las necesidades de la Unidad y a 20 sobre las de cada profesional.

19 percibieron una mejora en la relación con sus equipos tras la actividad.

DISCUSION

Hay diversos estudios que concluyen que la relación enfermera-supervisor es clave para los resultados de las organizaciones.

La confianza interpersonal, el respeto y el afecto se asocian positivamente al compromiso profesional que impulsa el rendimiento.

El hecho de que 19 de los 23 supervisores percibieran una mejora en la relación con sus equipos y que 20 obtuvieran información novedosa sobre las necesidades del profesional, demuestra que los "Encuentros" sí lograron establecer la relación de escucha y confianza entre el supervisor y el profesional.

La alta tasa de participación reportada (más del 31% del total de la plantilla de Enfermería y TCAE) en una actividad no obligatoria nos sugiere que existía una necesidad de diálogo y una gran disposición de los profesionales a expresar sus necesidades directamente a sus supervisores.

Las áreas de formación más demandadas como fueron la investigación (78,3%), técnicas específicas (69,6%) y gestión (43,47%) indican inquietudes en el desarrollo profesional y de empoderamiento. Estas demandas se alinean perfectamente

con los principios del liderazgo transformacional ya que demuestran una mentalidad orientada a la mejora de sus competencias, autonomía y toma de decisiones bajo la práctica basada en evidencia.

El identificar como principal área de mejora a los recursos materiales (73,9%) es una información muy valiosa sobre la que los mandos deben actuar ya que uno de los pilares sobre los que se asienta la Guía de Desarrollo y Mantenimiento del Liderazgo enfermero es la proporcionar los recursos necesarios para asegurar unos cuidados seguros y de alta calidad.

La actividad de "encuentros" es una herramienta valiosa para que los gestores identifiquen, prioricen y aborden las necesidades percibidas por los profesionales, mejorando la relación con sus equipos y fortaleciendo el liderazgo transformacional.

Autores/as

Fernández Carrasco E, González Sánchez JÁ, Cruz Salcedo JC, Montealegre Sanz M, Muñoz Jiménez D. Actividad "Encuentros" en Liderazgo Transformacional. Identificando Necesidades y Mejoras en el Equipo de Enfermería. XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

¹ Registered Nurses' Association of Ontario (2006). Desarrollo y Mantenimiento del Liderazgo en enfermería. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

² Holland P, Cooper B, Sheehan C. Employee Voice, Supervisor Support, and Engagement: The Mediating Role of Trust. Human Resource Management. noviembre de 2017;56(6):915-29.

³ Kahn WA. PSYCHOLOGICAL CONDITIONS OF PERSONAL ENGAGEMENT AND DISENGAGEMENT AT WORK. Academy of Management Journal. 1990;

⁴ Rodwell J, McWilliams J, Gulyas A. The impact of characteristics of nurses' relationships with their supervisor, engagement and trust, on performance behaviours and intent to quit. Journal of Advanced Nursing. enero de 2017;73(1):190-200.

⁵ Iqbal K, Fatima T, Naveed M. The Impact of Transformational Leadership on Nurses' Organizational Commitment: A Multiple Mediation Model. EJJHPE. 9 de diciembre de 2019;10(1):262-75.

Eficacia de una herramienta digital para la formación en autoconocimiento en estudiantes de enfermería

Gelabert Vilella, S.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: habilidades para la vida promoción de la salud estudiantes enfermería autoconocimiento

Resumen

Introducción:

Las habilidades para la vida constituyen un conjunto de competencias psicosociales fundamentales para afrontar los desafíos de la vida cotidiana de manera eficaz, promoviendo el bienestar personal y colectivo (OMS, 1997). Estas habilidades incluyen la comunicación asertiva, la toma de decisiones, la resolución de problemas, el pensamiento crítico, la empatía y el manejo de emociones. Su desarrollo ha sido ampliamente reconocido como una estrategia clave para la promoción de la salud y la prevención de conductas de riesgo (Mantilla, 1999; Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001). En el ámbito universitario, estas competencias adquieren una relevancia particular. La etapa de educación superior se caracteriza por importantes transformaciones personales, sociales y profesionales. El tránsito hacia la adultez conlleva nuevos niveles de autonomía y responsabilidad, lo que exige a los estudiantes la capacidad de gestionar el estrés, organizar su tiempo, establecer relaciones saludables y tomar decisiones informadas sobre su estilo de vida y trayectoria académica (Mangrulkar et al., 2001). Desde esta perspectiva, las habilidades para la vida no solo facilitan la adaptación a las exigencias académicas, sino que también fortalecen la capacidad de los estudiantes para convertirse en profesionales críticos, reflexivos y socialmente responsables.

La literatura destaca la utilidad de intervenciones educativas centradas en estas habilidades. Tuttle, Campbell-Heider y David (2006), al trabajar con adolescentes en situación de riesgo, evidenciaron que el entrenamiento en habilidades para la vida incrementa la autoestima, mejora la toma de decisiones y reduce conductas problemáticas. Este hallazgo resulta extrapolable al contexto universitario, donde la presión académica y social puede aumentar la vulnerabilidad a situaciones de riesgo psicosocial. Por ello, la formación universitaria debería ir más allá de la transmisión de conocimientos técnicos y fomentar un enfoque integral que incluya la educación en competencias socioemocionales.

La propuesta del design thinking (Brown, 2008) ofrece un marco metodológico innovador para el fortalecimiento de dichas habilidades en la universidad. Este enfoque promueve la creatividad, la colaboración y la resolución de problemas en contextos complejos, cualidades necesarias no solo en el campo profesional, sino también en la vida personal y social del estudiante. Su implementación en entornos académicos estimula el pensamiento crítico y la capacidad de generar soluciones innovadoras a los desafíos que enfrentan los jóvenes en su proceso formativo.

En este escenario, las tecnologías digitales han emergido como herramientas que complementan el desarrollo de habilidades para la vida. Looi et al. (2010) destacan el potencial del aprendizaje móvil para facilitar experiencias educativas continuas y autónomas. Asimismo, estudios en el ámbito de enfermería muestran que la práctica con apoyo tecnológico favorece la autogestión y la confianza en el aprendizaje (Lee & Shin, 2016; Kim et al., 2017). Aunque estos trabajos se centran en competencias clínicas específicas, ponen de relieve que el uso pedagógico de la tecnología fortalece también competencias transversales, como la autorregulación y la capacidad de respuesta frente a situaciones nuevas.

En conclusión, las habilidades para la vida representan un eje fundamental en la formación universitaria, pues permiten a los estudiantes afrontar con resiliencia y responsabilidad los desafíos propios de esta etapa vital. Más allá de los logros académicos, estas competencias favorecen el desarrollo de profesionales capaces de adaptarse a contextos cambiantes, mantener una visión crítica e innovadora y contribuir al bienestar de la sociedad. La combinación de estrategias educativas participativas, enfoques como el design thinking y el uso pertinente de recursos tecnológicos constituye una vía prometedora para integrar la promoción de la salud y el desarrollo humano en el ámbito de la educación superior.

Objetivo: Evaluar la eficacia de una herramienta digital en el desarrollo de habilidades para la vida (HpV), específicamente en la competencia de autoconocimiento, en estudiantes de primer curso del Grado en Enfermería de la Universitat de Girona.

Metodología: Se empleó un diseño cuasi-experimental pre-post intervención para analizar el impacto formativo de una

herramienta digital, utilizando un instrumento validado para la evaluación de las HpV. En concreto, se valoraron las respuestas relacionadas con la habilidad de autoconocimiento. La herramienta digital consiste en una WebApp que integra contenido audiovisual original (11 vídeos), material docente basado en evidencia (10 documentos con ejercicios prácticos), un cuestionario de habilidades para la vida (Díaz, 2013), un foro para la discusión y un sistema de registro de puntuaciones pre y post intervención. Esta plataforma permite al alumnado identificar su nivel inicial en cada habilidad y monitorizar su progreso, fomentando la autogestión del aprendizaje. La aplicación está disponible en catalán y castellano, y es utilizada anualmente por aproximadamente 800 estudiantes del Grado en Enfermería.

Resultados: Se analizaron 313 respuestas, todas en relación con la habilidad para la vida de autoconocimiento. Los resultados mostraron una mejora estadísticamente significativa en los niveles de autoconocimiento tras la intervención, evidenciando la eficacia del recurso formativo en etapas iniciales de la educación universitaria. La puntuación media en autoconocimiento aumentó de 3.75 (DS=0,38) sobre 5 antes de la intervención a 4,03 (DS=0,39) tras esta, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0,001$).

Discusión y conclusiones: Los estudiantes universitarios, caracterizados como nativos digitales, demandan la incorporación de nuevas tecnologías en sus procesos de aprendizaje, lo que implica una necesaria transformación del paradigma educativo superior (Calinici, 2015; Looi et al., 2010). Diversos estudios (Pourteimour et al., 2019; Kim et al., 2017; Lee y Shin, 2016) evidencian que la integración de tecnologías digitales en la formación en enfermería mejora tanto la motivación como los resultados académicos. Asimismo, existe respaldo científico sobre la efectividad de los programas de HpV en la promoción del desarrollo integral y la prevención de trastornos de salud mental, especialmente en población joven (Tuttle, Campbell-Heider y David, 2006; Mantilla, 1999). Muchos de estos programas cuentan con el apoyo de organismos internacionales (Mangrulkar, Whitman y Posner, 2001). En este contexto, la herramienta digital evaluada contribuye a mejorar la calidad docente y la formación competencial del alumnado, aspectos fundamentales para la preparación de futuros profesionales de enfermería que deben afrontar los retos cognitivos, emocionales y sociales del sistema sanitario actual.

Autores/as

Noell-Boix, Rosa; Gelabert-Vilella, Sandra; Bonmatí-Tomàs, Anna; Bosch-Farré, Cristina; Reig-García, Glòria; Malagon-Aguilera, M^a Carmen. Eficacia de una herramienta digital para la formación en autoconocimiento en estudiantes de enfermería. XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Brown, T. (2008). Design thinking. *Harvard business review*, 86(6), 84.
- ² Calinici, T. (2015). Virtual patients in emergency nursing training. *Journal of Nursing & Care*, 4, (6), 2167-1168. <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000301>
- ³ Díaz, L., Rosero, R., Melo, M. & Aponte, D. (2013). Habilidades para la vida: análisis de las propiedades psicométricas de un test creado para su medición. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 181-200. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5123783>
- ⁴ Kim, S.J., Shin, H., Lee, J., Kang, S., & Bartlett, R. (2017). A smartphone application to educate undergraduate nursing students about providing care for infant airway obstruction. *Nurse Education Today*, 48, 145-152. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.10.006>
- ⁵ Lee, S.G., & Shin, Y.H. (2016). Effects of self-directed feedback practice using smartphone videos on basic nursing skills, confidence in performance and learning satisfaction. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 46 (2), 283-292. <https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.2.283>
- ⁶ Looi, C.K., Seow, P., Zhang, B.H., So, H.J., Chen, W., et al. (2010). Leveraging mobile technology for sustainable seamless learning: a research agenda. *British Journal of Educational Technology*, 41 (2), 154-169. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8535.2008.00912.x>
- ⁷ Mangrulkar, L., Whitman, C. V., & Posner, M. (2001). Life skills approach to child and adolescent healthy human development. Pan American Health Organization, Division of Health Promotion and Protection, Family Health and Population Program, Adolescent Health Unit.
- ⁸ Mantilla, L. (1999). Una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales, Colombia. *Fe y alegría*.
- ⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). (1997). Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. OMS, Serie de Informes Técnicos. Ginebra.
- ¹⁰ Pourteimour, S., Hemmati MalsakPak, M., Jasemi, M., Eghtedar, S., & Parizad, N. (2019). The Effect of Smartphone-Based Application Learning on the Nursing Students' Performance in Preventing Medication Errors in the Pediatric Units. *Pediatric quality & safety*, 4(6), e226. <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000226>

Análisis del impacto de la Enfermera Clínica de Transición de Pacientes Crónicos en Urgencias: una experiencia en hospital comarcal

Martínez Sánchez, I.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Cuidados transicionales, pacientes crónicos complejos, enfermedad crónica avanzada, enfermería de urgencias, continuidad asistencial.

Resumen

Introducción

El envejecimiento de la población, la multimorbilidad y la creciente prevalencia de enfermedades crónicas han transformado los sistemas sanitarios, situando al paciente crónico complejo (PCC) y al paciente con enfermedad crónica avanzada (MACA) en el centro de las estrategias sanitarias. Estos pacientes, que se caracterizan por su alta fragilidad clínica, dependencia funcional, deterioro cognitivo y vulnerabilidad social, concentran una gran parte del consumo de recursos hospitalarios y comunitarios. [1,2].

En Cataluña, el Pla de Salut 2021-2025 y el modelo catalán de atención a las personas con cronicidad compleja y avanzada hacen hincapié en la importancia de detectarlas de forma temprana y en la necesidad de garantizar la continuidad asistencial entre niveles (urgencias, hospitalización, atención primaria y recursos comunitarios) para evitar la fragmentación, la duplicidad de cuidados y las hospitalizaciones evitables [3]. La Organización Mundial de la Salud refuerza este principio, señalando que la continuidad y la coordinación de la atención son pilares fundamentales de un sistema sanitario eficiente y centrado en la persona [4].

La hospitalización por descompensación aguda representa un momento crítico, ya que aumenta el riesgo de deterioro funcional, institucionalización y mortalidad[5], pero también constituye un teachable moment, es decir, una ventana de oportunidad en la que los pacientes y sus familias muestran mayor receptividad a la educación sanitaria y a la adopción de hábitos de vida saludables[6,7].

En este contexto, surge la figura de la Enfermera Clínica de Transición del Paciente Crónico (ICTPCC), cuyo papel es estratégico para: 1) identificar y proponer pacientes PCC/MACA no registrados; 2) transmitir información clave (Planes Individualizados de Intervención Compartida, Decisiones de Voluntades Anticipadas) entre niveles asistenciales; 3) asegurar la continuidad del cuidado mediante la gestión de pre-altas y la comunicación con equipos de atención primaria y los PADES; 4) desarrollar intervenciones educativas sobre patologías prevalentes y hábitos de vida, reforzando la adherencia y el autocuidado en un momento de alta receptividad.

Objetivo principal

Analizar el impacto de la Enfermera Clínica de Transición del Paciente Crónico (ICTPCC) en un hospital comarcal de Cataluña,

Objetivos Secundarios:

- Evaluar la función de la ICTPCC en la identificación de pacientes crónicos complejos (PCC) y de enfermedad avanzada (MACA),
- Evaluar la continuidad asistencial a través de la coordinación interprofesional e inter-niveles.
- Analizar las intervenciones educativas dirigidas a pacientes y cuidadores.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en un hospital comarcal de nivel 2 en Cataluña.

Población y muestra: Se incluyeron todos los pacientes identificados como crónicos (PCC/MACA/PROPCC/PADES) atendidos

en el servicio de urgencias y hospitalización de Medicina Interna entre el 1 de febrero y el 30 de abril de 2025. La cohorte estuvo formada por 314 episodios correspondientes a 258 pacientes.

Variables: Edad en años, género(hombre, mujer); identificación de cronicidad (PCC, MACA, PCC+PRO-PCC, MACA+PRO-PCC, MACA+PADES); diagnóstico principal; escalas (Barthel, Pfeiffer, Zarit reducido, Gijón); recursos sociales (residencia, SAD, ATDOM, teleasistencia, vivir solo); intervenciones de la ICTPCC (enlace, prealtas, coordinación con primaria/PADES, educación en patologías y hábitos); resultados asistenciales (días de estancia ≤ 2 , 3-6, ≥ 7 ; UHD; reingreso ≤ 30 días; exitus).

Análisis: descriptivo (frecuencias y porcentajes; media/mediana según distribución) y exploración de asociaciones con χ^2 o test exacto de Fisher ($p < 0,05$) de los 314 episodios.

Resultados

Se analizaron 314 episodios correspondientes a 258 pacientes. La edad media fue de 82 años; el 58% eran mujeres. En la identificación de cronicidad predominaron los PCC (69,3%), seguidos de PCC+PRO-PCC (8,3%) y MACA (7,3%). La ICTPCC realizó 66 nuevas propuestas de clasificación (30 PCC, 27 PRO-PCC, 8 MACA, 1 PADES). En escalas, el 70% presentaba dependencia moderada o grave (Barthel <60), el 64% deterioro cognitivo moderado-severo (Pfeiffer >5) y el 55% sobrecarga significativa del cuidador (Zarit ≥ 17). El 45% mostraba riesgo social (Gijón ≥ 10). Un 25% vivía en residencia, 28% recibía SAD/ATDOM, 30% tenía teleasistencia y 18% vivía solo.

Patologías más prevalentes: insuficiencia cardíaca descompensada (21%), EPOC agudizada/neumonía (18%), infección urinaria (15%), insuficiencia renal aguda sobre crónica (12%) y anemia/síndrome constitucional (9%).

Estancia hospitalaria: ≤ 2 días (30%), 3-6 días (35%), ≥ 7 días (35%). Derivación a UHD: 5% (mayoritariamente PCC). Exitus: 66 pacientes (25,6%), concentrados en MACA. Reingresos ≤ 30 días: $\approx 12,5\%$ global; identificamos 4 pacientes hiperfrecuentadores (≥ 2 reingresos), principalmente MACA/PRO-PCC.

Intervenciones: se registraron 62 prealtas y múltiples interconsultas (fisioterapia, trabajo social, disfagia). La educación sanitaria se aplicó en el 52% de episodios, con foco en patologías (ICC, EPOC, IR, diabetes, ITU) y hábitos (dieta proteica, ejercicio, sueño, estreñimiento).

Análisis de asociaciones

- Alta precoz (≤ 2 días): no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables funcionales (Barthel, $p=0,46$), cognitivas (Pfeiffer, $p=0,57$) ni de sobrecarga del cuidador (Zarit reducido, $p=0,19$). Asimismo, no hubo asociación con la etiqueta de cronicidad (PCC/MACA, $p=0,41$) ni con el diagnóstico principal en urgencias ($p=0,48$). Estos hallazgos sugieren que la fragilidad basal, elevada en toda la cohorte, no determina por sí sola la duración del ingreso.
- Recursos sociales: se observaron tendencias clínicas de interés. Los pacientes con Servicio de Ayuda Domiciliaria (SAD) tendieron a recibir el alta más precozmente ($p=0,10$), mientras que quienes vivían solos mostraron tendencia a estancias más prolongadas ($p=0,11$), probablemente por menor soporte comunitario.
- Reingresos ≤ 30 días: se concentraron en perfiles MACA/PRO-PCC y en pacientes con menos apoyos sociales..

Discusión

La cohorte analizada refleja elevada fragilidad clínica y social, coherente con lo descrito en población PCC atendida en hospital y urgencias [1,2]. La actuación de la ICTPCC se alinea con las prioridades del Pla de Salut y del modelo catalán de cronicidad [4], y con las recomendaciones de la OMS sobre continuidad y coordinación asistencial [3]. La evidencia internacional sobre transición de cuidados liderada por enfermería (Coleman, Naylor) muestra mejoras en continuidad y reducciones de reingresos cuando las intervenciones son multicomponente y enlazadas a la comunidad [5]. El ingreso agudo se confirma como teachable moment para reforzar adherencia y cambios de estilo de vida, con respaldo en estudios de hospitalización [6, 7]. El subgrupo hiperfrecuentador (MACA/PRO-PCC) observado concuerda con la literatura sobre riesgo de declive y uso intensivo de recursos en mayores frágiles hospitalizados [5,8]. Este patrón refuerza la necesidad de priorizar la intervención de la ICTPCC en estos subgrupos de mayor riesgo.

Limitaciones: estudio observacional sin grupo control ni seguimiento prolongado; no es posible establecer causalidad ni impacto a largo plazo. Se requieren evaluaciones comparativas.

Conclusiones

- La ICTPCC es factible y aporta valor en la identificación de PCC/MACA no clasificados, en la garantía de la continuidad

asistencial (prealtas, transmisión PIIC/PDA, enlace con primaria/PADES) y en la educación sanitaria en el episodio agudo.

- Su actuación es coherente con políticas de salud (Pla de Salut) y con la OMS, orientadas a reducir fragmentación y mejorar seguridad y experiencia del paciente.
- La evidencia internacional apoya que las intervenciones multicomponente de transición lideradas por enfermería mejoran continuidad y pueden reducir reingresos, especialmente en población de riesgo.
- La priorización de pacientes MACA/PRO-PCC y con déficit de apoyos sociales es una oportunidad de impacto clínico y organizativo.
- La continuidad asistencial no depende únicamente de la ICTPCC, sino que se refuerza a través de la colaboración interprofesional con médicos, trabajo social, fisioterapia y equipos de atención primaria/PADES. La figura de la ICTPCC actúa como catalizador de esta coordinación.

Aportaciones para la práctica

- La ICTPCC asegura la continuidad asistencial (prealta estructurada, comunicación bidireccional, transmisión PIIC/PDA).
- Aprovecha el “teachable moment” del ingreso para educación en patologías y hábitos, mejorando receptividad y adherencia.
- Focaliza intervención en pacientes de mayor riesgo (MACA/PRO-PCC y con déficit social), alineando calidad y eficiencia.

Líneas de investigación futuras

- Analizar la sostenibilidad organizativa y económica de la ICTPCC mediante estudios de coste-efectividad y análisis de cargas de trabajo.
- Explorar la experiencia y satisfacción de pacientes y cuidadores con la transición de cuidados liderada por enfermería, incluyendo su impacto en adherencia terapéutica, percepción de continuidad asistencial y calidad de vida.

Autores/as

Cabello R, Martínez-Sánchez I, Batalla B, Sánchez A, Vallés M^aJ. Análisis del impacto de la Enfermera Clínica de Transición de Pacientes Crónicos en Urgencias: una experiencia en hospital comarcal. XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Bernabéu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Fernández Moyano A, Gómez-Batiste X, Ollero B. Nuevas realidades en la atención al paciente crónico complejo: un enfoque multidisciplinar e integrado. *Aten Primaria*. 2020;52(Suppl 2):1-9. doi:10.1016/j.aprim.2020.02.005.
- ² Sáez-López P, Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM. Atención centrada en la persona: competencias enfermeras ante el paciente crónico complejo. *Enferm Clin*. 2022;32(4):217-24. doi:10.1016/j.enfcli.2022.01.007.
- ³ Generalitat de Catalunya. Catalan model of care for people with frailty, complex chronic (CCP) and advanced chronic (ACP) conditions [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2021 [citado 30 sep 2025]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7007>
- ⁴ World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated, people-centred health services [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 30 sep 2025]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>
- ⁵ Coleman EA. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(4):549-55. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51185.x.
- ⁶ Naylor MD, Aiken LH. The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(4):746-54. doi:10.1377/hlthaff.2010.0027.
- ⁷ Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, Brito JP, Mair FS, Gallacher K, et al. Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA Intern Med*. 2014;174(7):1095-107. doi:10.1001/jamainternmed.2014.1608.
- ⁸ Van Grootven B, Flamaing J, Dierckx de Casterlé B, Dubois C, Fagard K, Herregods MC, et al. Predicting hospitalisation-associated functional decline in older persons. *BMC Geriatr*. 2020;20:510. doi:10.1186/s12877-020-01510-1.

Valoración y seguimiento del pie diabético en atención primaria a través de la plataforma CAREVID: análisis multicéntrico 2021-2024

González Martín, C.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Diabetes, pie diabético, atención primaria, prevención, CAREVID

Resumen

Introducción

El pie diabético constituye una de las complicaciones crónicas más relevantes y discapacitantes de la diabetes mellitus. Se estima que entre un 15% y un 25% de las personas con diabetes desarrollarán una úlcera a lo largo de su vida, y que hasta el 85% de las amputaciones no traumáticas están precedidas por una úlcera. La morbimortalidad asociada a estas lesiones es muy elevada y su impacto sobre la calidad de vida y los costes sanitarios resulta considerable. La prevención, la detección precoz de lesiones y la adecuada educación en autocuidados son, por tanto, pilares fundamentales para reducir complicaciones graves como infecciones, hospitalizaciones o amputaciones.

Las guías clínicas internacionales, como las elaboradas por la International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF), así como las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA), insisten en la necesidad de realizar una exploración anual de los pies de todas las personas con diabetes. Esta valoración debe incluir la inspección dermatológica y vascular, la evaluación de la sensibilidad con monofilamento de 10 gramos para detectar neuropatía periférica, y la educación sanitaria específica orientada al autocuidado. Asimismo, se recomienda estratificar el riesgo y establecer un plan de seguimiento acorde a las necesidades del paciente.

La atención primaria representa el nivel asistencial más accesible para llevar a cabo estas intervenciones, ya que ofrece un contacto continuo con la mayoría de la población diabética. Sin embargo, la sobrecarga asistencial, la variabilidad en la práctica clínica y las limitaciones de tiempo pueden condicionar el cumplimiento sistemático de estas recomendaciones. En este contexto, las herramientas digitales de registro, como la plataforma CAREVID, permiten integrar y monitorizar información clínica relevante, ofreciendo oportunidades para evaluar el grado de implementación de las intervenciones preventivas y detectar áreas de mejora.

A pesar de la existencia de protocolos y de la sólida evidencia científica que respalda estas medidas, diversos estudios han señalado un bajo nivel de cumplimiento en la práctica real. La falta de homogeneidad en la valoración del pie diabético y el infraregistro de las intervenciones constituyen barreras importantes que deben ser abordadas para mejorar los resultados en salud. El presente trabajo analiza la situación en un conjunto de centros de salud mediante la explotación de los registros de CAREVID, con el objetivo de conocer la evolución temporal del cumplimiento de las valoraciones del pie diabético y su relación con la aparición de lesiones.

Objetivos

Analizar el grado de cumplimiento de la valoración del pie diabético en atención primaria entre 2021 y 2024, incluyendo exploración con monofilamento, estratificación de riesgo y educación en autocuidados.

Evaluar la incidencia de nuevas lesiones en 2024 y compararla con la situación en 2021.

Identificar diferencias entre centros de salud participantes y señalar áreas prioritarias de mejora en la práctica clínica.

Metodología

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo basado en la explotación de los registros de la plataforma CAREVID, que centraliza la información clínica procedente de la atención primaria en Galicia.

Población y criterios de inclusión: se incluyeron todos los pacientes con edad ≥ 15 años con diagnóstico de diabetes mellitus y seguimiento activo en atención primaria, definido como haber realizado al menos cinco visitas programadas durante el periodo de estudio.

Ámbito y periodo de estudio: participaron varios centros de salud con registros disponibles en CAREVID. Se analizaron los datos correspondientes a los meses de diciembre de 2021 y diciembre de 2024 para comparación puntual, y además se realizó un seguimiento trimestral durante todo el año 2024.

Variables recogidas:

Sociodemográficas: edad y sexo.

Clínicas: tipo de diabetes, factores de riesgo asociados al pie diabético

Valoración del pie: exploración de la sensibilidad con monofilamento de 10 gramos, educación en cuidados del pie, y registro de nuevas lesiones (úlceras).

Educación sanitaria: registro de educación al paciente sobre cuidados básicos del pie.

Análisis de datos: Se realizaron análisis descriptivos para caracterizar la información recopilada. Para las variables numéricas se calcularon medidas de tendencia central (como media y mediana) y de dispersión (como desviación estándar y rango), mientras que para las variables categóricas se presentó la distribución de frecuencias. Se compararon los porcentajes de cobertura de las intervenciones entre 2021 y 2024, así como la incidencia de nuevas lesiones. Además, se evaluaron posibles diferencias entre los distintos centros de salud.

Aspectos éticos: los datos fueron anonimizados en el momento de la extracción, garantizando la confidencialidad y el uso secundario con fines de mejora de la calidad asistencial.

Resultados

La muestra global estuvo compuesta por 1.518 pacientes con diabetes mayores de 15 años en seguimiento activo. La media de edad fue de 71,9 años (DE: 13,2), con una distribución de 56% hombres y 44% mujeres.

En el año 2024, únicamente el 17,2% de los pacientes recibió una valoración estructurada de los factores de riesgo relacionados con el pie diabético, el 17,2% fue explorado con monofilamento de 10 gramos y un 17,2% recibió educación en autocuidados. La incidencia global de nuevas úlceras en el periodo fue del 8,3%. El análisis trimestral mostró una cierta variabilidad: el segundo trimestre concentró la mayor proporción de nuevas lesiones (10,3%), mientras que el primero y cuarto trimestre tuvieron cifras más bajas (4,8%).

El análisis comparativo entre 2021 y 2024 puso de manifiesto una evolución heterogénea entre los distintos centros. En el centro de salud de Os Rosales, las valoraciones aumentaron del 10,3% al 17,9% y la incidencia de lesiones se redujo notablemente del 14,3% al 3,6%. En Oleiros, las valoraciones pasaron del 7,4% al 31%, y en 2024 no se registraron nuevas úlceras. Por el contrario, en Betanzos, incorporado al sistema en 2024, no se realizaron valoraciones (0%), registrándose una incidencia de nuevas úlceras del 10,8%.

Discusión

Los resultados obtenidos evidencian que, a pesar de la disponibilidad de protocolos y de la evidencia científica que respalda su aplicación, el grado de cumplimiento de las intervenciones preventivas para el pie diabético en atención primaria continúa siendo bajo, con menos de uno de cada cinco pacientes evaluados en 2024. Esta cifra se sitúa claramente por debajo de los estándares recomendados por guías internacionales, que recomiendan una exploración anual en el 100% de las personas con diabetes.

La comparación interanual refleja que en algunos centros se han producido mejoras significativas, acompañadas de una disminución de la incidencia de lesiones. Esto sugiere que la implementación de programas estructurados de valoración y educación tiene un impacto positivo en la prevención.

La literatura internacional corrobora la eficacia de la exploración con monofilamento como método sencillo y coste-efectivo para la detección de neuropatía periférica y prevención de úlceras. Asimismo, la educación estructurada al paciente ha demostrado mejorar la adherencia al autocuidado y reducir complicaciones. La baja implementación de estas intervenciones

en el presente estudio puede deberse a múltiples factores, como la sobrecarga asistencial en atención primaria, el escaso tiempo disponible en las consultas, o la percepción de que el registro en la plataforma digital implica una carga añadida.

CAREVID se presenta como una herramienta de gran utilidad para el seguimiento poblacional y la mejora continua de la calidad asistencial. No obstante, su potencial depende del compromiso de los profesionales con el registro sistemático y de la integración de indicadores de calidad que permitan auditar y retroalimentar la práctica clínica.

Los hallazgos subrayan la necesidad de reforzar la formación continuada de los equipos de atención primaria en la prevención del pie diabético, de establecer protocolos homogéneos entre centros y de promover estrategias de implicación activa del paciente. Además, la creación de sistemas de monitorización y auditoría basados en los registros de CAREVID puede contribuir a mejorar la cobertura de las intervenciones preventivas y, en consecuencia, a reducir la incidencia de úlceras y amputaciones.

Conclusiones

El grado de cumplimiento de las intervenciones preventivas para el pie diabético en atención primaria es bajo, con menos del 20% de los pacientes evaluados en 2024.

Se observa una mejora en algunos centros, asociada a una reducción en la incidencia de lesiones, lo que confirma la eficacia de estas intervenciones.

Persiste una gran variabilidad entre centros, lo que refleja desigualdades en la práctica clínica y la necesidad de homogeneizar protocolos.

Es prioritario reforzar la formación de profesionales, promover la educación estructurada al paciente e integrar sistemas de auditoría y mejora continua a través de CAREVID.

Implementar estas medidas permitirá disminuir de forma significativa la incidencia de úlceras y amputaciones en la población diabética atendida en atención primaria.

Autores/as

Título: Valoración y seguimiento del pie diabético en atención primaria a través de la plataforma CAREVID: análisis multicéntrico 2021-2024

Gonzalez-Martin C, Cendan-Verez M, Veiga-Seijo R, Del Rio-Garcia S, Fernandez-Lopez U, Garrote-Recarey A, Souto-Mosteiro C, Amboage-Valiño M, Rojo-Amigo V. Valoración y seguimiento del pie diabético en atención primaria a través de la plataforma CAREVID: análisis multicéntrico 2021-2024. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. *N Engl J Med*. 2017;376(24):2367-75.
- ² Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, Bus SA, Fitridge R, Game F, Monteiro-Soares M, Senneville É; IWGDF Editorial Board. Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev*. 2024;40(3):e3657
- ³ American Diabetes Association. 12. Retinopathy, Neuropathy, and Foot Care: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*. 2023;46(Suppl 1):S203-S215.
- ⁴ Monteiro-Soares M, Hamilton EJ, Russell DA, et al. Guidelines on the classification of foot ulcers in people with diabetes (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev*. 2024 Mar;40(3):e3648. doi: 10.1002/dmrr.3648
- ⁵ Bus SA, van Netten JJ, Lavery LA, Monteiro-Soares M, Rasmussen A, Jubiz Y, et al. IWGDF guideline on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*. 2016;32 Suppl 1:16-24
- ⁶ Paisey RB, Abbott A, Paisey CF, Walker D, Birch R, Bowen M, et al. Diabetic foot ulcer incidence and survival with improved diabetic foot services: an 18-year study. *Diabet Med*. 2019;36(11):1424-32
- ⁷ Kerr M, Barron E, Chadwick P, Evans T, Kong WM, Rayman G, et al. The cost of diabetic foot ulcers and amputations to the National Health Service in England. *Diabet Med*. 2019;36(8):995-1002.
- ⁸ Crawford F, Cezard G, Chappell FM, Murray GD, Price JF, Sheikh A, et al. A systematic review and individual patient data meta-analysis of prognostic factors for foot ulceration in people with diabetes: the International Research Collaboration for the Diabetic Foot. *Diabetes Med*. 2015;32(2):189-98.
- ⁹ Prompers L, Schaper N, Apelqvist J, Edmonds M, Jude E, Mauricio D, et al. Prediction of outcome in individuals with diabetic foot ulcers: focus on the differences between individuals with and without peripheral arterial disease. The EURODIALE Study. *Diabetologia*. 2008;51(5):747-55.

¹⁰ 10. Van Netten JJ, Price PE, Lavery LA, Monteiro-Soares M, Rasmussen A, Jubiz Y, et al. Prevention of foot ulcers in the at-risk patient with diabetes: a systematic review. *Diabetes Metab Res Rev.* 2016;32 Suppl 1:84-98.

Análisis de la red social de transferencia del conocimiento en la implantación de una guía de buenas prácticas para el cuidado de ostomías.

Canteli Diez, A.

Tipo de comunicación: Oral

Palabras clave: Análisis de redes sociales; Tráferencia del conocimiento; Ostomías; Enfermería basada en la evidencia

Resumen

Objetivo: Describir la red social de transferencia del conocimiento en el grupo de implantación de la Guía de Buenas Prácticas RNAO “Apoyo a personas que viven o esperan una ostomía”. Se busca analizar estructuralmente la red, identificar líderes, evaluar su cohesión y detectar áreas de mejora que pueden influir en la transferencia del conocimiento y en la sostenibilidad del proyecto.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal, con metodología de análisis de redes sociales (ARS) de tipo sociocéntrico. El ámbito de estudio fue el grupo de implantación, compuesto por 29 impulsores, de la guía RNAO “Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía” de un centro candidato BPSO® tras su primer año de implantación. Se utilizó un muestreo consecutivo hasta completar la red. Para la recogida de datos se aplicó un cuestionario validado con preguntas orientadas al análisis relacional. Los nombres se sustituyeron por alias. Se analizaron la centralidad de los impulsores mediante las métricas degree (número de conexiones), closeness (cercanía), y betweenness (grado de intermediación), el grado de cohesión de la red mediante beta-centralidad de Bonacich, y prestigio de los impulsores mediante eigenvector e indegree (cuántas veces un miembro del equipo es consultado por otros). El análisis se realizó utilizando el software UCINET.

Resultados: Laura y Ana presentan el mayor degree (indegree 0,433), seguidas de Alicia y Elena (0,333), posicionándose como fuentes clave de conocimiento. En closeness, destacan Laura, Ana, Alicia y Sofía, por su alta accesibilidad y capacidad de difusión. Elena y Olga, con menos vínculos salientes, resultan altamente accesibles, actuando como referentes técnicos. En betweenness, Laura (10,10%) y Ana (9,83%) son conectores entre subgrupos, con un índice de centralización de 8,71%, revelando estructura distribuida pero con nodos estratégicos. En eigenvector, Laura (0,415), Ana (0,399), Alicia (0,287) y Elena (0,303) muestran alto prestigio estructural. La beta-centralidad ($\beta=0,211$) indica cohesión baja-moderada de la red. Elena (2,529), Alicia (2,212) y Ana (1,976) son las impulsoras con mayor prestigio de la red. La mayoría de nodos restantes presentan baja visibilidad y escasa vinculación con valores cercanos a 0.

Discusión: La red de transferencia muestra un núcleo influyente (Laura, Ana, Alicia, Elena), pero una periferia con baja integración, influyendo en la equidad en la difusión del conocimiento. Laura y Ana presentan una alta intermediación. Los nodos más influyentes coinciden con figuras que ostentan roles formales como responsables de guía o portavoces, lo que refuerza su posición central y su capacidad influir en nuevas prácticas y flujos de información que permitan la implantación efectiva de las estrategias. Se recomienda integrar los nodos periféricos para reducir la dependencia en nodos estratégicos actual. La metodología de análisis de redes sociales (ARS) permite analizar objetivamente la red de impulsores siendo una herramienta útil de evaluación de la cohesión e identificación y desarrollo de futuras estrategias de sostenibilidad. Repetir periódicamente el análisis permitirá ajustar dichas estrategias y sostener el cambio a largo plazo.

Autores/as

Canteli-Diez A, Bermejo-Martinez D, Marqués-Sanchez P, Cejudo-Hontiyuelo C, Martín-Monja S, Zúñiga-Blanco L, Cueto-Diez P, Martín-Román C, De Castro-Salamanca I. Análisis de la red social de transferencia del conocimiento en la implantación de una guía de buenas prácticas para el cuidado de ostomías. XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Abornos- Muñoz L, González-María E, & Moreno-Casbas T. (2015). Vista de Implantación de guías de buenas prácticas en España. Programa de centros comprometidos con la excelencia de cuidados. Med Unab, 16(3), 163-169. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2383/2043>
- ² Abu-Odah, H., Said, N. B., Nair, S. C., Allsop, M. J., Currow, D. C., Salah, M. S., Hamad, B. A., Elezzi, K., Alkhatib, A., ElMokhallalati, Y., Bayuo, J., & AlKhalidi, M. (2022).

Identifying barriers and facilitators of translating research evidence into clinical practice: A systematic review of reviews. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e3265–e3276.

³ Berthelsen, C., & Hølge-Hazelton, B. (2021). The Importance of Context and Organization Culture in the Understanding of Nurses' Barriers Against Research Utilization: A Systematic Review. In *Worldviews on Evidence-Based Nursing* (Vol. 18, Issue 2, pp. 111–117). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/wvn.12488>

⁴ Borgatti SP, Everett M, & Johnson J. (2013). *Analyzing Social Networks* (SAGE Publications, Ed.).

⁵ Camargo, F. C., Iwamoto, H. H., Galvão, C. M., Pereira, G. A., Andrade, R. B., & Masso, G. C. (2018). Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: An Integrative Review. *Rev Bras Enferm*, 71(4), 2030–2038. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>

⁶ Clavijo-Chamorro, M. Z., Sanz-Martos, S., Gómez-Luque, A., Romero-Zarallo, G., & López-Medina, I. M. (2020). Context as a Facilitator of the Implementation of Evidence-based Nursing: A Meta-synthesis. *Western Journal of Nursing Research*, 43(1), 60–72.

⁷ Cobo-Sánchez, J., Cirera-Segura, F., García-Martínez, M., Vieira-Barbosa Lopes, L., Jaume-Riutort, C., Hernando-García, J., Marrero-Fernández, P., Ángel Moreno-García, M., González-García, F., Larrañeta-Inda, I., Ulzurún-García, A., Casas-Cuesta, R., Ila-García, A., & Blanco-Mavillard, I. (2023). Mapeo de la percepción individual y del entorno organizacional para la práctica clínica basada en la evidencia entre enfermeras renales en España. *Enfermería Nefrológica*, 26(1), 10–22. <https://doi.org/10.37551/S2254-28842023002>

⁸ Espinoza, P., Peduzzi, M., Agreli, H. F., & Sutherland, M. A. (2018). Interprofessional team member's satisfaction: a mixed methods study of a Chilean hospital. *Human Resources for Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/S12960-018-0290-Z>

⁹ Fernández-Castro, M., López, M., Martín-Gil, B., Rodríguez-Soberado, P., Rivas-González, N., Muñoz-Alvaredo, L., Del Río-García, I., Redondo-Pérez, N., & María Jiménez, J. (2023). Nurses' evidence-based practice competence and hospital practice environment after specific training under the Best Practice Spotlight Organization® Programme. A cross sectional study ☆. *Nurse Education Today*, 126, 105808. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105808>

¹⁰ Fuentealba-Torres, M., Lagos-Sánchez, Z., Alves de Araújo-Püschel, V., & Cartagena-Ramos, D. (2021). Systematic Reviews to Strengthen Evidence-based Nursing Practice. *Aquichan*, 21(4). <https://doi.org/10.5294/AQUI.2021.21.4.5>

Vivencias y desafíos de los cuidadores informales: una mirada desde sus propias voces

Perdomo Romero, A. Y.

Tipo de comunicación: Oral Virtual

Palabras clave: Cuidadores informales, enfermedad crónica, apoyo social, experiencias, fenomenología.

Resumen

Introducción.

La atención de pacientes con enfermedades crónicas recae con frecuencia en cuidadores informales que brindan cuidado no remunerado, quienes cumplen un rol fundamental en el soporte del paciente(1,2). Sin embargo, a menudo estos cuidadores carecen de apoyo profesional suficiente, especialmente para afrontar desafíos emocionales, espirituales y prácticos(3), lo que deriva en una sobrecarga que menoscaba su salud y calidad de vida. El apoyo familiar actúa como factor protector; se ha observado que los cuidadores con mayor apoyo familiar presentan menor sobrecarga(1).

En segundo lugar, la espiritualidad es un mecanismo de afrontamiento importante: muchos cuidadores a menudo recurren a la espiritualidad como mecanismo de afrontamiento(4), encontrando en la fe un modo de manejar el estrés del cuidado. Además, la carga económica del cuidado es considerable, el cuidado no remunerado conlleva grandes costos debido a su labor(5), imponiendo tensión financiera en la familia. Por último, barreras en el sistema de salud, desde la falta de información y capacitación hasta el escaso apoyo formal, dificultan el rol del cuidador, exacerbando su sensación de desamparo(2)

Este estudio explora, desde las voces de los propios cuidadores, cómo el apoyo familiar, la espiritualidad, la carga económica y las barreras del sistema de salud configuran sus vivencias y desafíos en el cuidado informal de pacientes crónicos.

Objetivo.

Comprender los significados que los cuidadores informales atribuyen a su experiencia de cuidado a personas con enfermedades crónicas.

Métodos.

Se desarrolló un estudio cualitativo, siguiendo la fenomenología hermenéutica fundamentado en Van Manen. Participaron 20 cuidadores informales, seleccionados a través de un muestreo intencional. Se realizaron entrevistas en profundidad, cada entrevista tuvo una duración aproximada de 60 a 90 minutos, se llevó a cabo en un entorno tranquilo elegido por el participante, y fue grabada en audio con previo consentimiento informado. Posteriormente, las entrevistas se transcribieron. El análisis integró lectura reflexiva, identificando expresiones y unidades de significado, la construcción de temas centrales que reflejaran el sentido profundo de las vivencias. Se definió triangulación investigativa para identificar temas y patrones de sentido.

Resultados.

Los cuidadores en su mayoría mujeres, enfrentan retos y desafíos físicos, emocionales y económicos, y a la vez encuentran recursos de fortaleza en su entorno y en sí mismos. Emergieron los siguientes cuatro temas:

1. La carga económica y el sacrificio laboral: Hay un gran peso económico que enfrentan los cuidadores, la mayoría han tenido que dejar sus trabajos o reducir sus ingresos para poder cuidar. Esto les genera angustia y preocupación constante.
2. La espiritualidad, fuente de esperanza: La fe y la espiritualidad son, para la mayoría, un motor que les permite resistir las dificultades. Para algunos, orar o encomendarse a Dios es la manera de encontrar sentido a lo que viven.
3. El apoyo de la familia como red de apoyo: Muchos cuidadores expresaron que sus familiares, aunque a veces también

son cuidadores, son el soporte que les da ánimo y fuerzas para seguir. Sin ese respaldo, sienten que sería mucho más difícil.

4. **Obstáculos en el sistema de salud:** Los cuidadores se enfrentan a largas filas, citas demoradas y la sensación de que están solos en esta tarea. Muchos terminaron demandando al sistema de salud porque no encontraban otra forma de que escucharan sus necesidades.

Discusión.

Los cuidadores sostienen gran parte del cuidado crónico con costos emocionales y económicos significativos. La carga de trabajo no remunerado restringe acceso a empleo y cuidado de la propia salud, fenómeno descrito como desigualdad de género(6).

La red familiar solidaria se confirma como un factor crucial para sobrellevar la carga del cuidado. La literatura reciente señala que las redes de apoyo social sólidas, especialmente las de la familia, ayudan a las personas a afrontar los estresores y mejorar la satisfacción y los resultados de salud(4,7). Nuestros participantes identificaron la familia como soporte emocional indispensable.

La espiritualidad emergió como fuente de esperanza y resiliencia para muchos cuidadores, coincidiendo con reportes de que los padres de niños con discapacidad a menudo recurren a la espiritualidad como mecanismo clave de afrontamiento(4). Para los cuidadores las prácticas como la oración dieron sentido y fortaleza, apoyando la idea de que la fe atenúa el estrés en la experiencia del cuidado.

El cuidado informal impone costos financieros considerables: varios cuidadores debieron renunciar a su empleo o reducir sus horas de trabajo, con la consiguiente angustia económica. Esta situación ha sido documentada; por ejemplo, el 37% de los cuidadores tuvo que dejar su trabajo o reducir su jornada por las responsabilidades de cuidado(8). Tal sacrificio laboral implica pérdidas de ingreso, acentuando la necesidad de apoyo económico y políticas públicas de protección para estos cuidadores.

Los cuidadores enfrentan barreras importantes dentro del sistema sanitario. Nuestros participantes relataron largas esperas, trámites engorrosos y sensación de abandono, lo que coincide con informes que señalan que los adultos mayores y sus cuidadores a menudo quedan relegados por falta de información sobre opciones de atención y por la fragmentación de la información médica(9,10). Esta desarticulación del sistema contribuye al agobio referido por los cuidadores de nuestro estudio, algunos de los cuales incluso se vieron obligados a emprender acciones legales para hacer valer sus necesidades.

Implicaciones para enfermería y la salud: La experiencia de los cuidadores informales da a conocer la urgencia de fortalecer estrategias de acompañamiento integral, incluyendo formación, redes de apoyo, ayudas económicas y acceso oportuno a servicios de salud. Enfermería, como disciplina comprometida con el cuidado humano, debe liderar propuestas para visibilizar estas problemáticas, aportar herramientas de cuidado culturalmente pertinentes y participar activamente en la incidencia política para el reconocimiento de los cuidadores informales.

Autores/as

Perdomo-Romero AY, Cantillo-Medina CP, Ramírez-Perdomo CA. Vivencias y desafíos de los cuidadores informales: una mirada desde sus propias voces. Universidad Surcolombiana. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Kalandari E, Govina O, Tzonichaki I, Adamakidou T, Mantoudi A, Apostolara P, et al. Exploration of the Relationship between the Burden and Family Support among Family Caregivers of Older Adults with Chronic Diseases: A Cross-Sectional Study [Internet]. Vol. 16, International Journal of Caring Sciences. Available from: www.internationaljournalofcaringsciences.org
- ² Coumoundouros C, Farrand P, Sanderman R, von Essen L, Woodford J. "Systems seem to get in the way": a qualitative study exploring experiences of accessing and receiving support among informal caregivers of people living with chronic kidney disease. *BMC Nephrol.* 2024 Dec 1;25(1).
- ³ Husic S, Miletic B, Stemberger Kolnik T, Vejzovic V. Emotional and Spiritual Challenges of Informal Caregivers: The Need for Early Mobile Palliative Care Support. *Nurs Rep* [Internet]. 2025 Sep 8;15(9):327. Available from: <https://www.mdpi.com/2039-4403/15/9/327>
- ⁴ Taher M, Azizi N, Rohani M, Koukamari PH, Rashidi F, Araban M, et al. Exploring the role of perceived social support, and spiritual well-being in predicting the family Caregiving burden among the parents of disabled children. *BMC Public Health.* 2025 Dec 1;25(1).
- ⁵ Gu J, Sun X, Shi Y, Wang S, Wang P, Liu L, et al. The hidden costs of informal caregiving: a concept analysis. *BMC Nurs.* 2024 Dec 1;23(1).
- ⁶ Hyde E, Greene ME, Darmstadt GL. Time poverty: Obstacle to women's human rights, health and sustainable development. *J Glob Health.* 2020 Dec 1;10(2).
- ⁷ Zhong Y, Wang J, Nicholas S. Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: The mediating role of caregiver burden. *BMC Geriatr.* 2020 Jan 2;20(1).

⁸ Los cuidadores se enfrentan a las cargas financieras y mentales, nuevos espectáculos de encuestas - MedCity News [Internet]. [cited 2025 Sep 28]. Available from: <https://medcitynews.com/2023/03/caregivers-face-financial-and-mental-burdens-new-survey-shows/>

⁹ Kim B, Wister A, Mitchell B, Li L, Kadowaki L. Healthcare system navigation difficulties among informal caregivers of older adults: a logistic regression analysis of social capital, caregiving support and utilization factors. *BMC Health Serv Res.* 2024 Dec 1;24(1).

¹⁰ Ramírez-Perdomo CA, Perdomo-Romero AY, Rodríguez-Vélez ME. El sistema de salud: barreras para los usuarios con insuficiencia renal crónica. *Avances en Enfermería.* 2020 May 1;38(2):191-201.

Árboles de clasificación para modelos predictivos y/o explicativos: tres casos aplicados en investigación en Enfermería

Valls, J.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: salud publica, metodología investigación, estadística

Resumen

Objetivo

En investigación en Ciencias de la Salud, cuando se utiliza el método científico en estadística, resulta habitual realizar un análisis bivariante inicial para identificar variables explicativas asociadas a la variable de respuesta principal, seguido de un análisis multivariante que determine un subconjunto óptimo de variables que presenten un buen ajuste. Sin embargo, la interpretación de modelos multivariantes puede resultar compleja debido a la colinealidad entre variables, entre otros factores. En este trabajo, se propone el uso de árboles de clasificación secuencial como una alternativa estadística que facilite una interpretación más intuitiva de los modelos multivariantes.

Métodos

Se seleccionaron tres problemas de investigación, definiendo en cada uno una variable de respuesta: (1) el estado de salud autopercebido en personas migrantes trabajadoras agrícolas en España; (2) la presencia de diagnóstico de juego patológico en estudiantes de entre 14 y 18 años en Cataluña; y (3) el fallo de dispositivos de acceso vascular canalizados por ecografía debido a complicaciones en pacientes adultos hospitalizados. En primer lugar se determinó un modelo multivariante, seleccionando aquellas variables significativas. En segundo lugar se utilizaron los árboles de clasificación y regresión (CART) para identificar, de forma jerárquica y secuencial, las variables con mayor poder explicativo, aplicando el criterio de Gini, proponiendo una visualización mediante un árbol. Los análisis se realizaron con el software estadístico R.

Resultados

El uso de árboles de clasificación permitió identificar patrones específicos en cada estudio:

(1) En relación con el estado de salud autopercebido, las mujeres presentaron mayor riesgo, especialmente las mayores de 45 años; en hombres, el origen norteafricano, junto con el consumo de alcohol, se asoció a un mayor riesgo.

(2) Por lo que refiere a la presencia de juego patológico, los chicos mostraron mayor riesgo, especialmente aquellos con bajo nivel socioeconómico, intensificándose en los que viven en hogares donde ninguno de los progenitores (o equivalentes) trabaja.

(3) El riesgo de fallo en la canalización fue más alto en pacientes canalizados en la vena cefálica y en aquellos canalizados en venas no cefálicas del brazo izquierdo y menores de 66 años.

Discusión

El uso de árboles de clasificación emerge como una aplicación útil en investigación en Ciencias de la Salud para mejorar la comprensión e interpretación de modelos multivariantes complejos. Su uso facilita la traducción de los hallazgos a contextos prácticos, favoreciendo su aplicación tanto en la práctica clínica como en el diseño de estrategias de salud. Este enfoque puede resultar especialmente valioso en el marco de la ciencia de la implementación y medicina personalizada o de precisión, al ofrecer herramientas visuales y comprensibles que pueden apoyar la toma de decisiones informadas y adaptadas al contexto real.

Autores/as

Árboles de clasificación para modelos predictivos y/o explicativos: tres casos aplicados en investigación en Enfermería

Joan Valls^{1,2}, Luis Alejandro Rodríguez-Guerrero^{1,2}, Ferran Padilla ^{2, 3}, Agustín González-Rodríguez^{1,,}, Filip Bellon^{1,2}, Esther Rubinat^{1,2,4}, José Tomás Mateos^{1,2}, Erica Briones-Vozmediano^{1,2}, Montserrat Gea-Sánchez^{1,2,5}

1 Grupo de Estudios en Salud, Sociedad, Educación y Cultura de los Cuidados. Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de Lleida, España

2 Grupo de Investigación en Cuidados en Salud. Institut de Recerca Biomèdica de Lleida Fundació Dr. Pifarré (IRBLleida), Lleida, España

3 Unidad de Acceso Vascular y Unidad de Angiorradiología, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Instituto Catalán de la Salud, Lleida, España.

4 Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas, Instituto de Salud Carlos III, Barcelona, Spain

5 Centro de Investigación Biomédica en Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES). Instituto de Salud Carlos III , Madrid, Spain

Unidad de investigación en cuidados: fortaleciendo la investigación en salud.

Casanovas Marsal, J. O.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Investigación Aplicada, Motivación, Personal de Salud, Enfermería.

Resumen

Objetivo: Diseñar e implantar una unidad de investigación de cuidados en salud intrahospitalaria y describir la motivación hacia la investigación de los profesionales de cuidados en salud.

Método: Estudio dividido en 2 fases: 1ª fase: Estudio observacional, transversal y analítico de 364 profesionales de salud (95% intervalo de confianza, 5% margen de error y 15% de tasa de reposición) en trabajo activo y con una experiencia laboral mínima de más de 1 año en un hospital de tercer nivel desde el 01/06/2024 hasta 31/07/2024. Para identificar la motivación hacia la investigación se utilizó el cuestionario autoadministrado de Cepeda et al (1) compuesto por 5 grupos de factores (gestión del tiempo, conocimientos y preparación, recursos disponibles y apoyos, desarrollo profesional y motivaciones). Paralelamente se registraron las variables sociodemográficas. 2ª fase: Diseño e implementación de la Unidad de Investigación en Cuidados en el hospital de tercer nivel. Inicialmente, se realizó un análisis de viabilidad durante el período de 2018 - 2024 con la creación de la supervisión de área funcional de investigación e innovación (SAFII). Posteriormente, en la planificación estratégica se identificaron fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en el contexto hospitalario (análisis DAFO). Seguidamente, en el diseño, la unidad, dependiente de la Dirección de Enfermería, está liderada por la SAFII y una enfermera investigadora del instituto de investigación sanitaria, y fue aprobada por la comisión de dirección hospitalaria. Respecto a los trámites la unidad, ésta fue aprobada por comisión de dirección hospitalaria.

RESULTADOS: En la 1ª fase participaron 345 profesionales. El 87.54% fueron mujeres, con una media de edad de 41.15 ± 9.34 años, 16.12 ± 8.81 años de experiencia laboral total y 5.22 ± 5.70 años en su unidad actual. El 16.52% cursaron un máster en investigación y el 2.61% eran doctoras. El 92.17% considera que investigar requiere mucho tiempo y esfuerzo, el 16.23% percibe apoyo institucional para investigar, y el 82.03% opina que estar motivado en el trabajo anima a investigar. En la 2ª fase, la unidad se estructura en tres ejes: desarrollo de la investigación en cuidados, formación en metodología de la investigación y monitorización de los Patient-Reported Outcome Measures y los Patient-Reported Experience Measures. Ofrece servicios como diseño y asesoramiento en estudios descriptivos, analíticos y cualitativos, apoyo en búsqueda bibliográfica, análisis estadístico, redacción científica, trámites ante comités éticos, preparación de documentación para financiación y difusión de resultados. Promueve la aplicación de la investigación en la práctica clínica, la innovación, la formación de profesionales y la colaboración con entidades sanitarias y académicas a nivel regional y nacional.

DISCUSIÓN: El escaso tiempo disponible (2,3), la falta de apoyo institucional y la limitada formación en investigación son barreras clave para los profesionales sanitarios (4). La implantación de una unidad específica favorece la motivación, capacitación y soporte técnico (5 - 7). Esto repercute directamente en una práctica clínica más segura, innovadora y basada en la evidencia.

Autores/as

Casanovas-Marsal J-O, Santamaria E, Chopo MJ, Tercero I, Alcaine M, Lafarga-Molina L. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS: FORTALECIENDO LA INVESTIGACIÓN EN SALUD. XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

¹ Cepeda Diez JM, San Román Calvo MJ, Vaca Espinel V, Alvarez Vilas C, Millán Cuesta B, Pasucal Ortega SM, et al. Validación de un cuestionario sobre motivación en investigación. *Revista Enfermería CyL* [Internet]. 2009;1(2):30-9.

² Mármol MR, Cruz RM, Iglesias NR. Factores relacionados con la actitud y motivación hacia la investigación en un grupo de profesionales de enfermería de Madrid (España). *Rev Iberoam Educ Investi Enferm* [Internet]. 2017;7(1):44-56. Disponible en:

<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/233/factores-relacionados-con-la-actitud-y-motivacion-hacia-la-investigacion-en-un-grupo-de-profesionales-de-enfermeria-de-madrid-espana/>

³ Ortuño-Soriano I, Posada-Moreno P, Fernández-del-Palacio E. Actitud y motivación frente a la investigación en un nuevo marco de oportunidad para los profesionales de enfermería. *Index de Enfermería* [Internet]. 2013;22(3):132-6. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S1132-12962013000200004>

⁴ González-de la Torre H, Díaz-Pérez D, Pinto-Plasencia RJ, Reyero-Ortega B, Hernández-González E, Domínguez-Trujillo C. Actitudes, capacidades y barreras percibidas en investigación de las enfermeras del Servicio Canario de la Salud. *Enferm Clin* [Internet]. 2023;33(4):278-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.05.004>

⁵ Jedwab RM, Redley B, Manias E, Dobroff N, Hutchinson AM. How does implementation of an electronic medical record system impact nurses' work motivation, engagement, satisfaction and well-being? A realist review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2021;11(10):e055847. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055847>

⁶ Skivington K, Craig N, Craig P, Rycroft-Malone J, Matthews L, Simpson SA, et al. Introducing the revised framework for developing and evaluating complex interventions: A challenge and a resource for nursing research. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2024;154:104748. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104748>

⁷ Frakking T, Craswell A, Clayton A, Waugh J. Evaluation of research capacity and culture of health professionals working with women, children and families at an Australian public hospital: A cross sectional observational study. *J Multidiscip Healthc*. 2021;14:2755-66. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S330647>

Desarrollo de un kit de herramientas para abordar inclusión y género en alfabetización digital en salud: Proyecto IDEAHL

FERNÁNDEZ GARCÍA, C.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Género; inclusión; ética; alfabetización en salud; alfabetización digital en salud

Resumen

Objetivo/s

Elaborar un kit de herramientas sobre inclusión y género dentro de la Estrategia de alfabetización digital en salud de la Unión Europea, proporcionando recomendaciones prácticas dirigidas a responsables políticos y profesionales sanitarios.

Métodos

Se desarrollaron tres versiones del kit, utilizando metodología diversa: revisión de alcance; evaluación de marcos normativos relevantes; talleres con expertos en género, inclusión, ética y privacidad; actividades de co-creación con 1434 participantes de 19 grupos poblacionales en 10 países europeos; consultas específicas con grupos minoritarios como colectivos LGBTQIA+; revisión iterativa e incorporación de retroalimentación de expertos a cada una de las versiones.

La información se estructuró en plantillas que facilitaban las diferentes metodologías empleadas y que fue posteriormente depurada para agrupar ideas y sintetizar las mismas.

Estas actividades fueron desarrolladas en el marco del proyecto europeo IDEAHL (Improving Digital Empowerment for Active Healthy Living), cuyo principal objetivo era la creación de la Estrategia de alfabetización digital en salud de la Unión Europea.

Resultados

Se desarrolló un kit estructurado en dos ejes principales: género e inclusión (con 14 recomendaciones dirigidas a responsables políticos y 7 para profesionales sanitarios), y ética y privacidad (con 12 recomendaciones específicas dirigidas a responsables políticos y 10 para profesionales sanitarios).

El desarrollo de esta herramienta pone de manifiesto la importancia de la promoción de políticas sensibles al género y apoyo a grupos vulnerables, así como la mejora de competencias en alfabetización digital en salud (ADS) inclusiva entre los profesionales sanitarios.

Discusión e implicaciones para la práctica

Este recurso busca fomentar estrategias más equitativas e inclusivas para ciudadanos en riesgo de exclusión digital, alineadas con la Estrategia de Igualdad de Género de la UE 2020-2025 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El kit de herramientas IDEAHL proporciona un marco práctico y adaptable que aborda las necesidades de grupos vulnerables en la ADS. Su uso promueve políticas de salud digital más inclusivas y equitativas, mejora de la relación paciente-profesional mediante herramientas éticas y seguras y la reducción de barreras al acceso digital para minorías de género y grupos en riesgo.

El uso de metodologías participativas permite a todas las partes interesadas tomar un papel activo en la elaboración de políticas y estrategias y ponen sobre la mesa aspectos que, de otro modo, podrían no ser tenidos en cuenta.

Las implicaciones incluyen una sensibilización creciente en los sistemas de salud hacia la equidad digital, fomentando estrategias que combinen inclusión, género, ética y privacidad como pilares fundamentales de las iniciativas en ADS.

Autores/as

Fernández García, C; Rey Hidalgo, I; López Ventoso, M; Dantas, C; Avagnina, B; Moore, R; Moore, V; Pisano González, M. Desarrollo de un kit de herramientas para abordar inclusión y género en alfabetización digital en salud: Proyecto IDEAHL. XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Pisano González M, Fernández García C, López-Ventoso M, Pruneda González L, Rey Hidalgo I, editores; en nombre del consorcio IDEAHL. IDEAHL European Digital Health Literacy Strategy. Oviedo: Consejería de Salud del Principado de Asturias; 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.11395540>
- ² Avagnina B, Dantas C, Perello M, Amador S, Pisano M, Fernández García C, et al. IDEAHL inclusion, ethics and privacy toolkit version 1 (Deliverable D4.1). Zenodo; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.11190920>
- ³ Pisano M, Fernández C, López-Ventoso M, Pruneda L, Rey I, Avagnina B, et al. IDEAHL EU dHL Strategy (Deliverable D2.3). Zenodo; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.11191028>
- ⁴ Pisano M, Fernández C, Pruneda L, Rey I, et al. IDEAHL inclusion, ethics & privacy toolkit V. 2 (Deliverable D4.2). Zenodo; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.11191109>
- ⁵ Pisano M, Fernández C, Pruneda L, Rey I, Dantas C, Avagnina B, et al. IDEAHL inclusion, ethics & privacy toolkit V. 3 (Deliverable D4.3). Zenodo; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.11191151>
- ⁶ Cocchetto G, De Stefani A, Masiero F, Lionetti L, Pisano M, Rey I, et al. Report on Co-creation (Deliverable D2.2). Zenodo; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.11191585>
- ⁷ Buhl Povlsen M, Brun Thorup C, Schack Thoft D, Korsbakke Emtækær Hæsum L, Valkama K, Uitto M, et al. Report on (d)HL (Deliverable D1.1). Zenodo; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.11124509>
- ⁸ European Commission, Directorate-General for Communications Networks, Content and Technology. Ethics guidelines for trustworthy AI. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2759/346720>
- ⁹ Ministerio de Sanidad, Secretaría General de Salud Digital, Información en Innovación para el SNS. Estrategia de Salud Digital del SNS, 2021-2026. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf
- ¹⁰ OECD. Evaluation and Aid Effectiveness No. 6 – Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based Management (in English, French and Spanish). Paris: OECD Publishing; 2002. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/9789264034921-en-fr>

Revisión de la implantación de un plan integral para evitar caídas durante el ingreso hospitalario.

PEREZ URKIA, A.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: PREVENCIÓN, CAÍDAS, MULTIFACTORIAL

Resumen

INTRODUCCIÓN

Las caídas hospitalarias representan un importante problema de seguridad del paciente. A nivel internacional se estima que el 30% de las personas mayores de 65 años y el 50% de los mayores de 80 sufren, al menos, una caída al año. En España este dato varía del 14,4% en mayores en la comunidad al 46% en mayores institucionalizados en residencias.

Diversos estudios evidencian que una proporción significativa son prevenibles mediante estrategias específicas.

Así, tras revisar las estadísticas de caídas en nuestro hospital desde 2021 a 2023, hospital comarcal de 104 camas, se implementó un plan integral orientado a reducir caídas en pacientes hospitalizados, abordando múltiples dimensiones del riesgo, con el fin de minimizar su ocurrencia y los eventos adversos asociados (1) (2) y siendo conocedores que las caídas pueden considerarse como un síndrome de causa multifactorial siendo algunos de estos factores extrínsecos (relacionados con las circunstancias del entorno) e intrínsecos (propios del sujeto).

Un año más tarde de la puesta en marcha de las diversas medidas tomadas, se realizó la revisión del número de caídas revisadas para poder garantizar que las medidas establecidas se estaban traduciendo en una atención más segura y de calidad para el paciente.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la implementación de un plan integral para la prevención de caídas hospitalarias, considerando factores individuales, ambientales y organizativos, y analizar su efectividad en la reducción de la incidencia de estos eventos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional con análisis pre y post intervención en un hospital comarcal de 104 camas de atención aguda. La fase pre implementación abarcó la revisión de las incidencias recogidas por caídas en nuestra base de incidencias y su impacto durante los años 2021, 2022 y 2023. Posteriormente, durante el primer semestre de 2024, se implementó un plan integral basado en 6 acciones:

1. Formación obligatoria para celadores y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, dentro de su jornada laboral y acreditada por un organismo estatal, sobre Prevención de caídas en pacientes hospitalizados en nuestro centro, dando a conocer las nuevas medidas y los cambios realizados dentro del protocolo interno de Prevención.
2. Identificación temprana del riesgo mediante escala Downton al ingreso en la Valoración de Enfermería y seguimiento, por parte de la Dirección.
3. Implementación de Ronda de seguridad nocturno, registrando, al inicio del turno de noche, la comprobación de toma de medidas sobre factores extrínsecos para la prevención de caídas tales uso de barandillas si precisa, objetos y timbre al alcance de la mano y cama en posición más baja y frenada.
4. Seguimiento y valoración de todas las caídas ocurridas mediante doble registro por la Comisión de Seguridad, dando una respuesta en 24-48h lectivas. En caso de ocurrencia que haya causado daño, realizará un análisis tan pronto como sea posible después del evento siguiendo las recomendaciones del protocolo de Londres y Comisión de Supervisoras de Enfermería, analizando los datos mensualmente.
5. Actualización del protocolo existente y del tríptico informativo para pacientes/cuidador (3).
6. Video explicativo sobre ejercicios durante el ingreso hospitalario para minimizar la pérdida muscular y fomentar el

fortalecimiento muscular en las tablets existentes en cada cama de hospitalización.

RESULTADOS

En el período pre intervención (2021-2023), se registraron 64 eventos de caída, con una tasa de 3,91 caídas por cada 1.000 estancias hospitalarias. Un 76,6% de las caídas ocurrieron en la planta de hospitalización de medicina interna, siendo el 35% clasificadas como evitables.

Tras implementar del plan integral en 2024, los datos del período de evaluación posterior (julio 2024 - enero 2025) evidenciaron una reducción significativa en la incidencia de caídas. Se reportaron 24 eventos, con una tasa de 1,97 caídas por cada 1.000 estancias, lo que representa una disminución de aproximadamente el 50%

CONCLUSIONES

- La implementación del plan integral de prevención de caídas hospitalarias ha sido efectiva en la reducción de la incidencia de estos eventos durante la hospitalización del paciente.
- La disminución de la tasa de caídas, refleja la importancia de una intervención estructurada que abarque múltiples dimensiones del problema y respalda la necesidad de mantener estrategias de prevención activa y la continua sensibilización del personal para mejorar la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, además de un seguimiento del cumplimiento de dichas estrategias.

Autores/as

Autores de ponencia: Perez Urkia, Aintzane; Martínez Gutiérrez, Ana Belen; Zubeldia Caminos, Maria Celia; Espejo Mambie Moisés David

Título de la ponencia: REVISIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN INTEGRAL PARA EVITAR CAÍDAS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025

INTRODUCCIÓN

Las caídas hospitalarias representan un importante problema de seguridad del paciente. A nivel internacional se estima que el 30% de las personas mayores de 65 años y el 50% de los mayores de 80 sufren, al menos, una caída al año. En España este dato varía del 14,4% en mayores en la comunidad al 46% en mayores institucionalizados en residencias.

Diversos estudios evidencian que una proporción significativa son prevenibles mediante estrategias específicas.

Así, tras revisar las estadísticas de caídas en nuestro hospital desde 2021 a 2023, hospital comarcal de 104 camas, se implementó un plan integral orientado a reducir caídas en pacientes hospitalizados, abordando múltiples dimensiones del riesgo, con el fin de minimizar su ocurrencia y los eventos adversos asociados (1) (2) y siendo conocedores que las caídas pueden considerarse como un síndrome de causa multifactorial siendo algunos de estos factores extrínsecos (relacionados con las circunstancias del entorno) e intrínsecos (propios del sujeto).

Un año más tarde de la puesta en marcha de las diversas medidas tomadas, se realizó la revisión del número de caídas revisadas para poder garantizar que las medidas establecidas se estaban traduciendo en una atención más segura y de calidad para el paciente.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la implementación de un plan integral para la prevención de caídas hospitalarias, considerando factores individuales, ambientales y organizativos, y analizar su efectividad en la reducción de la incidencia de estos eventos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional con análisis pre y post intervención en un hospital comarcal de 104 camas de atención aguda. La fase

pre implementación abarcó la revisión de las incidencias recogidas por caídas en nuestra base de incidencias y su impacto durante los años 2021, 2022 y 2023. Posteriormente, durante el primer semestre de 2024, se implementó un plan integral basado en 6 acciones:

1. Formación obligatoria para celadores y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, dentro de su jornada laboral y acreditada por un organismo estatal, sobre Prevención de caídas en pacientes hospitalizados en nuestro centro, dando a conocer las nuevas medidas y los cambios realizados dentro del protocolo interno de Prevención.
2. Identificación temprana del riesgo mediante escala Downton al ingreso en la Valoración de Enfermería y seguimiento, por parte de la Dirección.
3. Implementación de Ronda de seguridad nocturno, registrando, al inicio del turno de noche, la comprobación de toma de medidas sobre factores extrínsecos para la prevención de caídas tales uso de barandillas si precisa, objetos y timbre al alcance de la mano y cama en posición más baja y frenada.
4. Seguimiento y valoración de todas las caídas ocurridas mediante doble registro por la Comisión de Seguridad, dando una respuesta en 24-48h lectivas. En caso de ocurrencia que haya causado daño, realizará un análisis tan pronto como sea posible después del evento siguiendo las recomendaciones del protocolo de Londres y Comisión de Supervisoras de Enfermería, analizando los datos mensualmente.
5. Actualización del protocolo existente y del tríptico informativo para pacientes/cuidador (3).
6. Video explicativo sobre ejercicios durante el ingreso hospitalario para minimizar la pérdida muscular y fomentar el fortalecimiento muscular en las tablets existentes en cada cama de hospitalización.

RESULTADOS

En el período pre intervención (2021-2023), se registraron 64 eventos de caída, con una tasa de 3,91 caídas por cada 1.000 estancias hospitalarias. Un 76,6% de las caídas ocurrieron en la planta de hospitalización de medicina interna, siendo el 35% clasificadas como evitables.

Tras implementar del plan integral en 2024, los datos del período de evaluación posterior (julio 2024 - enero 2025) evidenciaron una reducción significativa en la incidencia de caídas. Se reportaron 24 eventos, con una tasa de 1,97 caídas por cada 1.000 estancias, lo que representa una disminución de aproximadamente el 50%

CONCLUSIONES

- La implementación del plan integral de prevención de caídas hospitalarias ha sido efectiva en la reducción de la incidencia de estos eventos durante la hospitalización del paciente.
- La disminución de la tasa de caídas, refleja la importancia de una intervención estructurada que abarque múltiples dimensiones del problema y respalda la necesidad de mantener estrategias de prevención activa y la continua sensibilización del personal para mejorar la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, además de un seguimiento del cumplimiento de dichas estrategias.

Referencias

- ¹ 1. Prevención de Caídas y Disminución de lesiones derivadas de las Caídas. Guía de Buenas Prácticas Clínicas. Cuarta edición. RNAO.
- ² 3. Morris et al. (2002). Interventions to reduce falls in hospitals: a systematic review and meta-analysis.
- ³ 2. Prevención de Caídas en el Hospital Universitario de Cruces. OSI Eskerraldea Enkanterri Cruces. 2023

Implementación efectiva de una guía de Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida

Díaz, C.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Prevención del suicidio, ideación suicida, evaluación en enfermería, salud mental

Resumen

OBJETIVO

Describir la implantación y los resultados de la escala de Severidad del Riesgo Suicida (C-SSRS) como intervención incluida en el Plan de Acción de la Guía Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida de la RNAO® en un Hospital de Tercer Nivel durante el periodo 2022-2024)

METODO

Estudio descriptivo de la implantación de la escala de Severidad del Riesgo Suicida (C-SSRS) en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de un Hospital de tercer nivel durante los años 2022, 2023 y 2024 mediante el análisis de la historia Clínica.

La población de estudio fueron pacientes adultos ingresados y dados de alta durante el periodo 2022-2024 en dicha unidad. La selección de la muestra se hizo a través de los días de corte al mes en los años 2022 y 2023 y los días al trimestre para el año 2024, establecidos por el programa BPSO® para la evaluación de la Guía.

Se analizan variables demográficas (sexo y edad) y variables cualitativas como son registro de la escala en las primeras 24 horas de estancia en la Unidad y resultado de la escala.

Los resultados de estas variables se analizan, utilizando la plataforma de evaluación Carevid® y las funciones analíticas de la aplicación Power BI

Palabras clave: Prevención del suicidio, ideación suicida, evaluación en enfermería, salud mental

RESULTADOS

El registro de la escala C-SSRS en Hospitalización de Psiquiatría ha sido en 2022 del 50% (116 pacientes, 43,97% hombres y 56,03% mujeres, edad media 43.10 años). El 70% en 2023 (120 pacientes, 52,10% hombres y 47,90% mujeres, edad media 44.07 años) y del 97.83% en 2024 (46 pacientes, 60,87% hombres y 39,13% mujeres, edad media 43.52 años).

El riesgo de ideación suicida, medido por la C-SSRS, disminuyó del 57.53% en 2022 al 50% en 2023 y el 44.44% en 2024.

La adopción de medidas de seguridad protocolizadas fue del 97.62% en 2022 y del 100% en 2023 y 2024.

CONCLUSIONES

Tras la implementación de diversas estrategias de formación y sensibilización dirigidas al personal sanitario, el cumplimiento en la aplicación de la escala de riesgo suicida en la valoración clínica al ingreso ha aumentado notablemente.

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 el briefing diario.

Autores/as

Cristina Díaz de la Villa (51461044Q), Estíbaliz Fernández Carrasco, Teresa Ramiro Molano, Ana Morales Molina, Daniel Muñoz Jiménez Implementación efectiva de una guía de Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida En XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ WHO. Organización mundial de la salud. [Online]. [cited 2016 10 20]. Available from: www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/noise/data-and-statistics.
- ² BPSO. [Programa BPSO España]; 2020 [cited 2024 Abril 29]. Available from: <https://www.bpsos.es/programa-bpsos-espana/>
- ³ 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>
- ⁴ 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.
- ⁵ 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), 155-159.

Análisis de atributos y conocimientos en impulsores del cambio: una estrategia para fortalecer equipos en la implementación de buenas prácticas

Alonso González, I.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Agentes de cambio, Comisiones clínicas, Marco de Acción de Movimientos Sociales

Resumen

OBJETIVO: Analizar las diferencias en atributos personales y conocimientos entre distintos perfiles de impulsores del cambio —miembros de comisiones multidisciplinares, integrantes de la Comisión de Cuidados y profesionales asistenciales en unidades de implantación— mediante una herramienta de autoevaluación, con el fin de fortalecer la preparación de los equipos y orientar decisiones estratégicas, en el marco del Modelo de Acción de los Movimientos Sociales (SMA) de la RNAO.

MÉTODOS: Se aplicó la herramienta “Assessing your attributes and knowledge as a change agent” a un equipo de profesionales participantes en el proyecto BPSO®. La escala evalúa 16 atributos personales y 7 dimensiones de conocimiento, mediante escalas Likert de 5 puntos. Las respuestas fueron codificadas numéricamente y agrupadas por perfil de impulsor, diferenciando entre quienes formaban parte de comisiones clínicas (Cuidados, Dolor, Lactancia, Caídas) y otros perfiles. Los resultados se analizaron de forma agregada y se discutieron en sesiones grupales para identificar fortalezas, áreas de mejora y acciones estratégicas.

RESULTADOS: La autoevaluación reveló altos niveles de compromiso, motivación y colaboración en todos los perfiles. Sin embargo, los profesionales con experiencia en comisiones clínicas obtuvieron puntuaciones más elevadas en pensamiento estratégico, liderazgo compartido, tolerancia a la incertidumbre y conocimientos sobre herramientas metodológicas y contexto local. Estos hallazgos sugieren una mayor preparación para liderar procesos de cambio en este grupo. El ejercicio también permitió identificar líderes emergentes, establecer prioridades de desarrollo profesional y fortalecer la cohesión del equipo.

DISCUSIÓN: La herramienta se mostró útil no solo como diagnóstico individual, sino como catalizador de conversaciones significativas dentro del equipo. Su aplicación favoreció la alineación con los principios del marco SMA, como liderazgo, identidad colectiva y acción estratégica. La comparación entre perfiles evidenció que la experiencia previa en comisiones clínicas potencia atributos clave para el cambio, lo que puede orientar decisiones estratégicas en la conformación de equipos. Esta evidencia respalda la integración sistemática de esta herramienta en fases iniciales de proyectos de implementación.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA: La autoevaluación permite identificar fortalezas individuales y colectivas, y seleccionar estratégicamente a los impulsores de buenas prácticas. Priorizar a profesionales con experiencia en comisiones clínicas puede acelerar la adopción de intervenciones basadas en evidencia, mejorar la sostenibilidad del cambio y consolidar una cultura organizacional orientada a la mejora continua.

Autores/as

Alonso González I, Pontón Soriano MC, Vinagre Romero JA, Bravo A, Fernández Blanco N, Ríos Pita B, María Benito R, Fajardo Rodríguez L, Abad García ME. Análisis de atributos y conocimientos en impulsores del cambio: una estrategia para fortalecer equipos en la implementación de buenas prácticas. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

¹ Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Assessing your attributes and knowledge as a change agent [Internet]. Toronto: RNAO; [cited 2025 Jun 2]. Available from: <https://rnao.ca/media/5965/download>

² Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). The Leading Change Toolkit. Fourth edition [Internet]. Toronto: RNAO; 2023 [cited 2025 Jun 2]. Available from: <https://rnao.ca/bpg/leading-change-toolkit>

³ 3 Grinspun D, Wallace K, Li SA, et al. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: a concept analysis. *Int J Nurs Sci.* 2022;9(4):411-21.

⁴ 4 Grinspun D, Wallace K, Li SA, et al. Leading change through social movement. *Registered Nurse Journal.* 2020;32(1):12-5.

Experiencia del paciente en la conciliación de la medicación durante la transición entre el hospital y atención primaria.

Vega, R.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Conciliación de la medicación; Transición asistencial hospital-atención primaria; Experiencia del paciente; Seguridad del paciente; Rol de enfermería

Resumen

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con un Índice Predictivo (IP) superior a 6,2 presentan mayor consumo de fármacos y riesgo más elevado de eventos adversos, reingresos hospitalarios y visitas a urgencias¹. Este IP es una herramienta utilizada en Osakidetza para estratificar a la población, calculándose automáticamente en la historia clínica electrónica a partir de diagnósticos, edad, comorbilidades, consumo de fármacos y utilización de servicios². Gracias a esta estratificación, se pueden identificar de forma proactiva a las personas más vulnerables y planificar intervenciones adaptadas a sus necesidades. La conciliación de la medicación al alta hospitalaria se convierte en una intervención clave para reducir riesgos y mejorar la seguridad del paciente³, que debe abordarse como un proceso estructurado, colaborativo y centrado en la persona, con protocolos definidos, indicadores de calidad y mecanismos de retroalimentación.⁴ La coordinación entre profesionales del ámbito hospitalario y de Atención Primaria (AP) es fundamental, siendo clave enfermería como agente facilitador de la transición asistencial.

Objetivos

- Valorar la experiencia del paciente respecto a la conciliación de la medicación tras el alta, identificando expectativas y percepciones sobre la continuidad asistencial.
- Visibilizar y reforzar el papel del personal de enfermería en las transiciones asistenciales, continuidad de cuidados y seguridad del paciente.
- Detectar fortalezas, debilidades y áreas de mejora en la conciliación como proceso crítico de seguridad, orientando futuras intervenciones hacia resultados medibles.

Metodología

Se diseñó un estudio descriptivo transversal en pacientes con IP > 6,2, dados de alta de la Clínica Asunción entre noviembre de 2023 y diciembre de 2025. Esta comunicación presenta los resultados correspondientes al primer año. Se aplicó el cuestionario IEXPAC (Instrumento de Evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico)⁵, versión 11 + 4 condicionadas, validado en castellano, adaptado a entrevista telefónica. Este instrumento mide la experiencia de pacientes crónicos en tres dimensiones: interacción con profesionales, relación con el sistema sanitario (incluido uso de TIC y redes de apoyo) y autocuidado facilitado por los profesionales. El equipo del proyecto estableció circuitos de recogida y análisis de datos, formación específica a los profesionales implicados y emisión de informes periódicos para retroalimentar al equipo asistencial.

Resultados

Se analizó una muestra de 45 pacientes, con edad media de 77,8 años y consumo medio de 14,87 fármacos. La puntuación media IEXPAC fue de $5,83 \pm 2,12$. Se identificaron altas puntuaciones en ítems relacionados con seguridad y continuidad:

- "Se aseguran de que tomo la medicación correctamente": 8,94
- "Me atienden bien en el domicilio tras el alta": 9,13

La coordinación interprofesional obtuvo 7,5 sobre 10, señalando margen de mejora. Las puntuaciones más bajas se registraron en uso de tecnologías digitales y vinculación con recursos comunitarios, lo que explica que la media global sea relativamente baja en comparación con la satisfacción observada en aspectos asistenciales, precisando reforzar estas áreas. En población de edad avanzada y con bajo acceso a medios digitales, estas dimensiones penalizan la puntuación total del cuestionario, aunque no reflejen deficiencias en la conciliación de la medicación.

La intervención de conciliación se desarrolló de forma multidisciplinar con rol activo de:

- Enfermera de enlace hospitalario: responsable de educación prealta, planificación, conciliación a pie de cama, resolución de dudas, emisión de instrucciones centradas en el paciente, facilitando la continuidad con AP.
- Enfermería de AP: verificó la medicación en el domicilio, identificó errores, duplicidades u omisiones, resolvió dudas, reforzó el plan terapéutico y autocuidado, coordinándose con otros profesionales.

El equipo del proyecto implementó reuniones interprofesionales, revisión sistemática de incidencias y retroalimentación con indicadores específicos para evaluar impacto en seguridad y satisfacción del paciente

Conclusiones

La experiencia positiva de los pacientes pone de manifiesto la relevancia de un modelo asistencial integrado y coordinado entre niveles, centrado en la seguridad y comprensión del tratamiento. El trabajo en equipo y el rol activo de enfermería resultan fundamentales para asegurar la continuidad de cuidados, prevenir errores y favorecer la adherencia terapéutica. Es importante continuar impulsando estrategias interprofesionales centradas en el paciente y su entorno como protagonistas de su proceso de salud.

Las líneas de mejora incluyen:

- Fortalecer el uso de tecnologías digitales seguras y accesibles para comunicación y seguimiento postalta.
- Establecer planes formativos continuos en conciliación para profesionales implicados.
- Establecer indicadores de calidad y auditorías periódicas para evaluar el impacto del proceso.

Este modelo de conciliación de medicación permitirá estandarizar el proceso, con impacto positivo en seguridad, satisfacción y resultados en salud de la población atendida.

Autores/as

Autores : Vega Iñigo MR, Perez Urkia A, Urruzola Lizarribar A, Aranburu Beristain G, Guereño Eceiza I, Asenjo Martin MA

Título: EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LA CONCILIACION DE LA MEDICACIÓN DURANTE LA TRANSICIÓN ENTRE EL HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Toledo: 2025.

Referencias

- ¹ 1. M:J: Otero, R. Martín, M.D. Robles, C.Codina, 2.14 Errores de medicación. En: M^º Cinta Gamundi Planas, Farmacia Hospitalaria 3ra Edición, España, Fundación Española de Farmacia Hospitalaria, 2002, Vol.1,p. 713-747.
- ² 2. Orueta JF, et al. Los modelos predictivos permiten estratificar a la población en función de los cuidados sanitarios que requerirán el año siguiente. Estratificación de la población en el País Vasco. 2012.
- ³ 3. How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation. Cambridge, MA: Institute
- ⁴ 4. Junta de Andalucía. Grupo de trabajo: Buenas prácticas en el uso de medicamentos. Buenas prácticas en la conciliación de la medicación en el ingreso, alta y transición interservicios. Consejería de salud, Observatorio para la seguridad del paciente
- ⁵ 5. Mira JJ, Nuño-Solinís R, Guilabert-Mora M, Solas-Gasper O, Fernández-Cano P, González-Mestre A, et al. Development and validation of an instrument for assessing patient experience of chronic illness care (IEXPAC). Int J Integr Care. 2016;16:13. doi:10.5334/ijic.2443

Liderazgo de la Enfermera de Práctica Avanzada en un Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular: Resultados Iniciales de la actividad asistencial

FERNANDEZ POMBO, C. N.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Enfermería; Prevención Secundaria; Síndrome Coronario Agudo; Enfermería de Práctica Avanzada

Resumen

OBJETIVO: Describir la actividad asistencial desarrollada en el Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular (PSCV) en su primer año de implementación.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y unicéntrico. En junio del año 2023 se implantó el programa de innovación en PSCV para pacientes con Síndrome Coronario Agudo de un Área Sanitaria de Tercer Nivel de la zona norte de España. Se recogieron las prestaciones a través del programa gestor de citas, denominado Chronos, durante el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024. Las prestaciones registradas fueron las siguientes: 2.1E primera consulta presencial realizada por la enfermera de práctica avanzada (EPA); 222ETF consultas telefónicas de revisión de resultados realizadas por la EPA; 223ETF consultas telefónicas a demanda por el paciente. 2.2ETF consultas de seguimiento telefónicas realizadas por la EPA; 2.3ETF interconsultas al cardiólogo clínico realizadas por la EPA; 2.4ETF consultas telefónicas informativas al paciente realizadas por la EPA tras interconsulta al cardiólogo clínico. Se exportaron los datos del programa CLINICA en formato Excel para ser analizados estadísticamente a través de un análisis descriptivo univariado - n (%) - con el programa SPSS versión 30.0.

RESULTADOS: En el año 2024 entraron en el programa un total de 514 pacientes con SCA. Se trata de todos los pacientes que han sufrido un SCA, pertenecen al Área Sanitaria donde se realiza el estudio y no precisan de un seguimiento por la Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Se realizaron un total de 2.639 consultas de las cuales el 19,5% fueron primeras consultas presenciales; 39,8% consultas de seguimiento telefónicas; 13,8% consultas telefónicas de revisión de resultados; 16,4% consultas telefónicas a demanda, 10,5% consultas telefónicas informativas al paciente tras interconsulta con el cardiólogo clínico y 55,5% interconsultas al cardiólogo clínico de las cuales el 50,3% fueron para modificar el tratamiento hipolipemiente; 13,6% por sintomatología CV; 13,2% para renovación o modificación de otras de prescripciones; 8% para modificar el tratamiento antihipertensivo y el 14,1% por otras causas como revisión de pruebas.

DISCUSIÓN: El programa de PSCV en SCA es un programa innovador en España al tratarse del primer programa de PSCV liderado, coordinado y gestionado por una EPA. Es importante destacar que toda la actividad realizada en este programa ha sido realizada por una EPA y un cardiólogo clínico. La capacitación de la EPA en PSCV ha permitido que el seguimiento tras el alta hospitalaria de casi la mitad de los pacientes pueda ser realizado exclusivamente esta profesional sin intervención de un cardiólogo clínico. Durante el año 2026 se analizarán los resultados clínicos en términos de mortalidad y reingresos CV para determinar si el seguimiento realizado por la EPA de PSCV es al menos igual de efectivo que el realizado por las/os cardiólogas/os clínicas/os. Sería un hito para la profesión enfermera si se demuestra la no inferioridad en la atención sanitaria realizada por una EPA frente a la realizada por cardiólogas/os clínicas/os.

Autores/as

Fernández Pombo CN, Aldama López G, Placer Esmorís C, Vázquez Rodríguez JM. Liderazgo de la Enfermera de Práctica Avanzada en un Programa de Prevención Secundaria Cardiovascular: Resultados Iniciales de la actividad asistencial. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Thompson W, McNamara M. Constructing the advanced nurse practitioner identity in the healthcare system: A discourse analysis. *J Adv Nurs*. 2022 Mar;78(3):834-846. doi: 10.1111/jan.15068.
- ² Jensen MT, Treskes RW, Caiani EG, et al. ESC working group on e-cardiology position paper: use of commercially available wearable technology for heart rate and activity tracking in primary and secondary cardiovascular prevention-in collaboration with the European Heart Rhythm Association, European Association of Preventive Cardiology, Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professionals, Patient Forum, and the Digital Health Committee. *Eur Heart J Digit Health* 2021;2:49-59. doi: 10.1093/ehjdh/ztab011
- ³ Davis KM, Eckert MC, Hutchinson A, et al. Effectiveness of nurse-led services for people with chronic disease in achieving an outcome of continuity of care at the primary-secondary healthcare interface: A quantitative systematic review. *Int J Nurs Stud* 2021;121:103986. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103986
- ⁴ Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol* 2019;26:824-835. doi: 10.1177/2047487318825350
- ⁵ Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2023;44:3720-3826. doi: 10.1093/eurheartj/ehad191
- ⁶ Steen DL, Khan I, Andrade K, Koumas A, Giugliano RP. Event Rates and Risk Factors for Recurrent Cardiovascular Events and Mortality in a Contemporary Post Acute Coronary Syndrome Population Representing 239 234 Patients During 2005 to 2018 in the United States. *J Am Heart Assoc* 2022;11:e022198. doi: 10.1161/JAHA.121.022198

Nurse Practitioner-Physician Collaborative Practice Care Models in Long-Term Care Settings - Scoping Reviews

McGilton, K.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: workforce nurse practitioner long-term care collaboration

Resumen

Background: The nurse practitioner (NP) role has grown significantly in the long-term care (LTC) sector, with increasingly more residents receiving care from NP-Physician teams [1]. Yet, the intricacies of NP-physician teams and their collaborative practice care models in the LTC context are not thoroughly detailed. Two scoping reviews were conducted to describe these care models within the LTC setting [2, 3]. The purpose of the first scoping review was to identify the structure, process, and outcomes of NP-Physician collaborative practice care models in LTC homes [2]. The purpose of the second scoping review was to apply the structured collaborative practice core model [4] to describe the collaborative relationship between NPs and physicians within these collaborative practice care models in LTC homes [3].

Methods: Seven databases were searched to identify studies that described NPs and physicians working together in LTC homes [5]. Manuscripts were included if they described at least one element of the structured collaborative practice core model – responsibility and accountability, coordination, communication, cooperation, assertiveness, autonomy, and mutual trust and respect [3].

Results: Sixty manuscripts met the inclusion criteria. The first review found that structural characteristics of collaborative practice care models that influenced the NP-physician collaboration included the scope of practice, a clear role description, and workload. Resident, staff, and health system outcomes were identified such as resident satisfaction and cost effectiveness. For the second review, thirty manuscripts reported on two main elements of collaboration: coordination (n=25) and communication (n=23). Assertiveness (n=3) was the element least described.

Conclusions: Critical characteristics and elements for building collaborative relationships between NPs and physicians in LTC were identified as well as gaps in the literature. Findings can guide NPs, physicians and LTC leadership in developing and sustaining NP-physician collaborative practice care models to provide for complex care needs of residents living in LTC homes.

Autores/as

McGilton K, Haslam-Larmer L, Krassikova K, Wojtowicz E, Vellani S, Martin-Misener R. Nurse Practitioner-Physician Collaborative Practice Care Models in Long-Term Care Settings – Scoping Reviews. XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Goodwin JS, Agrawal P, Li S, Raji M, Kuo YF. Growth of Physicians and Nurse Practitioners Practicing Full Time in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association* [Internet]. 2021 Dec 1;22(12):2534-2539.e6
- ² Haslam-Larmer L, Krassikova A, Spengler C, Wills A, Keatings M, Babineau J, et al. What Do We Know About Nurse Practitioner/Physician Care Models in Long-Term Care: Results of a Scoping Review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2024 Sep 1;25(9):105148-8.
- ³ Haslam-Larmer L, Krassikova A, Wojtowicz E, Shirin Vellani, Feldman S, Katz P, et al. Nurse Practitioner and Physician Collaboration in the Long-Term Care Setting: Secondary Analysis of a Scoping Review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2024;0(0)
- ⁴ Way D, Jones L, Busing N. Implementation strategies: collaboration in primary care—family doctors & nurse practitioners delivering shared care. Toronto: Ontario College of Family Physicians. 2000;8
- ⁵ McGilton KS, Haslam-Larmer L, Wills A, Krassikova A, Babineau J, Robert B, et al. Nurse practitioner/physician collaborative models of care: a scoping review protocol. *BMC Geriatrics*. 2023 Feb 16;23(1).

Percepciones de enfermeras sobre el uso de inteligencia artificial en la toma de decisiones clínicas: síntesis de estudios cualitativos

*Martinez Villamea, S.
Suarez Banciella, A.
Alonso Alvarez, C.
Nuñez González, A.
Díaz Alonso, J.
Armayer Prado, M.*

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Artificial Intelligence, Generative AI, Evidence Based Practice, Clinical Decision Making, Nursing

Resumen

Introducción

La inteligencia artificial (IA) ha emergido como una tecnología con alto potencial en los sistemas de salud, incluida la enfermería. Sus aplicaciones abarcan desde el apoyo a la toma de decisiones hasta el triaje, la monitorización y la automatización de tareas (1). No obstante, su integración plantea retos éticos y profesionales, especialmente en torno a la autonomía, la relación humana en el cuidado, la transparencia algorítmica y la formación del personal (2). Diversos estudios han identificado actitudes ambivalentes entre los profesionales de enfermería, con inquietudes sobre la deshumanización del cuidado y el reemplazo del juicio clínico (3–5). Ante este fenómeno en evolución, esta revisión narrativa cualitativa busca explorar cómo percibe y experimenta el colectivo enfermero el uso de la IA en la toma de decisiones clínicas. El enfoque cualitativo permite comprender este fenómeno complejo y emergente a través de las experiencias, percepciones, emociones y valores de los profesionales.

Objetivo

Analizar y sintetizar la evidencia cualitativa sobre las percepciones, experiencias y actitudes del personal de enfermería respecto al uso de la IA para apoyar la toma de decisiones en la práctica clínica.

Metodología

Se realizó una revisión cualitativa de 10 estudios primarios, seleccionados en bases de datos PubMed, CINAHL, Web of Science y SciELO, correspondientes a artículos publicados entre 2019 y 2025. Se aplicó un análisis temático inductivo (6), construyendo categorías emergentes a partir de los hallazgos de los estudios. La información se organizó mediante una matriz comparativa que consideró diseño metodológico, categoría profesional, marco teórico (cuando existía), tipo de IA, contexto clínico y principales resultados.

Resultados

Del análisis surgieron cuatro ejes temáticos:

La IA como apoyo complementario

La IA es percibida como una herramienta útil para complementar el juicio clínico, especialmente en contextos de alta presión o sobrecarga. Se valora su capacidad para detectar patrones, anticipar complicaciones y reducir errores, así como para aliviar la carga administrativa, permitiendo un mayor enfoque en el cuidado directo. Sin embargo, su utilidad depende de una integración adecuada en los flujos de trabajo, confiabilidad técnica y posibilidad de supervisión humana. No se percibe como una entidad autónoma, sino como un soporte técnico.

Preocupación por la autonomía profesional

Existe un temor recurrente a que la IA erosione el juicio clínico enfermero. Las y los profesionales insisten en mantener el control sobre las decisiones, destacando que la tecnología no puede captar dimensiones contextuales, emocionales ni éticas del cuidado. Se exige transparencia en los algoritmos y la posibilidad de discrepar de sus recomendaciones.

Impacto en la relación enfermera-paciente

Las enfermeras manifiestan preocupación por una posible deshumanización del cuidado, que podría afectar a la dimensión

humana del acto de cuidar. La interacción empática, la escucha activa y la presencia terapéutica se consideran insustituibles. Si la IA interfiere con el vínculo humano, se percibe como una amenaza a la calidad y esencia del cuidado, que podría volverse más mecánico, instrumental y distante. También se señala el riesgo de una atención excesivamente protocolizada, sin sensibilidad a los contextos culturales o las realidades personales de cada paciente. Sin embargo, algunas voces reconocen que, bien utilizada, la IA puede liberar tiempo para mejorar la atención directa.

Condiciones para la aceptación de la IA

La aceptación depende de múltiples factores: formación específica en IA, infraestructura tecnológica funcional, protocolos éticos claros y participación activa del colectivo enfermero. La falta de preparación y el desconocimiento de los algoritmos generan desconfianza. Se destaca la necesidad de alinear la tecnología con los valores del cuidado, como la dignidad, la seguridad, la equidad y la confidencialidad de los datos del paciente.

Discusión y conclusiones

El personal de enfermería muestra una actitud crítica pero no tecnofóbica ante la IA, oponiéndose a su implementación descontextualizada o impuesta. Su aceptación depende de la posibilidad de participar en el diseño e implementación de estas tecnologías, y de garantizar que permanezcan al servicio del cuidado humano, sin sustituirlo, apostando por un modelo de complementariedad. Esta revisión visibiliza la necesidad de enfoques socio-técnicos que integren los saberes de enfermería en la transformación digital. Asimismo, subraya la importancia de políticas institucionales, formación crítica y espacios deliberativos donde la voz profesional sea escuchada.

Implicaciones para la práctica

Incluir competencias en IA, ética y pensamiento crítico en la formación enfermera.
Asegurar la participación del personal en el diseño e implementación de tecnologías.
Establecer marcos normativos que protejan la autonomía clínica y la relación humana.
Garantizar infraestructura adecuada y formación continua.
Fomentar el liderazgo enfermero en procesos de innovación tecnológica.

Autores/as

Martínez-Villamea S, Suarez Banciella A, Alonso Álvarez C, Nuñez González A, Díaz Alonso J y Armayor Prado M. Percepciones de enfermeras sobre el uso de inteligencia artificial en la toma de decisiones clínicas: síntesis de estudios cualitativos. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid:2025

Referencias

- ¹ Johnson EA, Dudding KM, Carrington JM. When to err is inhuman: An examination of the influence of artificial intelligence-driven nursing care on patient safety. *Nurs Inq.* enero de 2024;31(1):e12583.
- ² Sousa L, Carvalho ML, Mestre R, Tomás J, Severino S, José H. Artificial Intelligence in Nursing: applications, challenges and future directions. *Gamification Augment Real.* 27 de abril de 2025;3:113-113
- ³ Badawy W, Zinhom H, Shaban M. Navigating ethical considerations in the use of artificial intelligence for patient care: A systematic review. *Int Nurs Rev.* 2025;72(3):e13059.
- ⁴ Seibert K, Domhoff D, Bruch D, Schulte-Althoff M, Fürstenau D, Biessmann F, et al. Application Scenarios for Artificial Intelligence in Nursing Care: Rapid Review. *J Med Internet Res.* 29 de noviembre de 2021;23(11):e26522.
- ⁵ Wynn M. The ethics of non-explainable artificial intelligence: an overview for clinical nurses. *Br J Nurs.* 6 de marzo de 2025;34(5):294-7.
- ⁶ 34(5):294-7. 6. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 1 de enero de 2006;3(2):77-101

Conocimientos sobre la maniobra de Heimlich en padres en la ciudad de Madrid

BIDASOLO ZAMALLOA, I.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Maniobra de Heimlich, atragantamiento, alfabetización en salud, responsabilidad parental, primeros auxilios.

Resumen

Introducción: El atragantamiento en niños menores de 5 años constituye una de las principales causas de mortalidad. La obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño puede producir lesiones cerebrales irreversibles en 4 minutos y muerte en 8 minutos, por lo que resalta la actuación inmediata. La mayoría de los casos ocurren en el ámbito doméstico, con los padres presentes. La maniobra de Heimlich es la más indicada en caso de atragantamiento, aunque su desconocimiento sigue siendo muy elevado. Por ello, el estudio busca analizar en nivel de conocimiento sobre esta maniobra en los padres de la ciudad de Madrid.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre la maniobra de Heimlich en los padres de niños menores de 5 años de la ciudad de Madrid. Se plantea como objetivos secundarios:

- Describir el nivel de conocimiento teórico para realizar maniobras de Heimlich.
- Valorar la actitud hacia los primeros auxilios en caso de atragantamiento.
- Evaluar los conocimientos prácticos en la prestación de primeros auxilios en caso de obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE).
- Analizar los resultados obtenidos en función del Índice de Vulnerabilidad de cada distrito, teniendo en cuenta la esfera de educación y cultura.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal, cuantitativo mediante el despliegue de un cuestionario validado y autoadministrado a padres de niños menores de 5 años desarrollado en la ciudad de Madrid. Se llevó a cabo diferentes tipos de muestreo no probabilístico, intencional, seleccionando centros educativos de cada distrito de la ciudad, así como contactando con padres a pie de calle y de bola de nieve a través de redes sociales.

Resultados: El conocimiento teórico sobre la maniobra de Heimlich fue adecuado en el 83% de la muestra, cuya mitad había recibido formación previa en primeros auxilios, siendo el 97,7% los que habían oído hablar sobre la actuación correcta en caso de atragantamiento. La actitud fue positiva en tan solo un 18% de los participantes. Los conocimientos prácticos fueron inadecuados en el 93% de la muestra, pese a que un 42% de ellos habían presenciado un atragantamiento. El desconocimiento y el miedo hizo que la mitad de los padres que habían presenciado el atragantamiento en sus hijos no actuasen de forma inmediata. Los resultados obtenidos en función del Índice de Vulnerabilidad Territorial de Educación y Cultura mostraron diferencias en la secuencia correcta de la maniobra, existiendo mayor acierto entre el colectivo menos vulnerable.

Discusión: La mitad de la muestra estudiada (51,1%) contaba con formación previa en primeros auxilios, datos significativamente bajos en comparación con otros países europeos, como Alemania (83,8%) o Noruega (90%). La gran mayoría de los participantes (81,8%) presentaba una mala actitud hacia los primeros auxilios en caso de atragantamiento, a pesar de reconocer su importancia. La principal carencia en formación se asocia a la parte práctica, no solo en población general sino incluso entre profesionales y estudiantes de ciencias de salud.

Autores/as

Bidasolo Zamalloa I, Fernández Estevez A, Bielsa Godoy JM, Leiva Fernández S, Perez Pascual D, Hernández Ovejero H, Quintana Alonso R, Toro Buceta MI, Miana Ortega M. Conocimientos sobre la maniobra de Heimlich en padres en la ciudad de Madrid. . En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Dodson H, Sharma S, Cook J. Foreign Body Airway Obstruction. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 28 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553186/>
- ² Rivera-Tocancipá D, Díaz-Sánchez E. Pediatric airway: as difficult as they say? Colombian Journal of Anesthesiology. junio de 2018;46(2S):52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/CJ9.0000000000000046>
- ³ Wallace CK, Virginia H. Guide to paediatric medical emergencies. British Dental Journal. 2019;(227):783-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41415-019-0856-8>
- ⁴ Jin Young Lee, Se Heon Kim, Jin Bong Ye, Young Hoon Sul, Jin Suk Lee, Junepill Seok, et al. Traumatic gastric injury as a complication of the Heimlich maneuver. Crit Care Shock. mayo de 2022;25(3):157-62. Disponible en: <https://criticalcareshock.com/2022/06/7286/>
- ⁵ Assessment of knowledge, attitude and practice on first aid management of choking and associated factors among kindergarten teachers in Addis Ababa governmental schools, Addis Ababa, Ethiopia. A cross-sectional institution-based study | PLOS ONE [Internet]. [citado 28 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0255331>
- ⁶ Malsy M, Leberle R, Graf B. Germans learn how to save lives: a nationwide CPR education initiative. International Journal of Emergency Medicine. 17 de febrero de 2018;11(1):9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12245-018-0171-1>

Intervenciones centradas en la familia y mejora de resultados en salud de pacientes en UCI adultos. Una revisión rápida.

Jiménez García, V. M.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: "family-centered care", "family engagement", "intensive care unit", "patient outcome"

Resumen

Objetivo

- Analizar el papel de las intervenciones centradas en la familia en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de adultos, centrándose en los resultados en salud de los pacientes e impacto familiar.

Metodología

Criterios de inclusión/exclusión

Estudios llevados a cabo con pacientes adultos (≥ 18 años) admitidos en UCI y sus familias. La definición de "familia" debe seguir el enfoque centrado en el paciente, donde el paciente o su tomador de decisiones sustituto define quién constituye la "familia". Se incluirán intervenciones claramente definidas que incorporen principios de cuidado centrado en la familia. Los diseños de estudios incluidos fueron: Ensayos controlados aleatorios, estudios cuasi-experimentales, estudios observacionales prospectivos, y revisiones sistemáticas que evaluaban la efectividad de intervenciones centradas en la familia.

Plan de estrategia y búsqueda

Se llevó a cabo una revisión rápida hasta febrero de 2025 utilizando la siguiente estrategia de búsqueda: ("family-centered care" OR "family-centred care" OR "patient and family centered care" OR "family engagement") AND ("intensive care unit" OR "ICU" OR "critical care") AND ("intervention" OR "strategy") AND ("patient outcome"). La búsqueda se llevó a cabo en las siguientes bases de datos: PubMed/MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library y CINAHL.

Métodos para extraer y sintetizar los datos de la revisión

La revisión de los artículos fue llevada a cabo por dos investigadores independientes utilizando la plataforma Rayyan. Para la extracción y análisis de datos se empleó una tabla ad hoc que incluía: (1) Características generales: país, diseño, paciente; (2) tipos de intervenciones identificadas; (3) resultados en salud en el paciente; (4) resultados en la familia; y (5) instrumentos de medición validados.

Resultados

Se incluyeron 330 artículos tras obtener 1750 artículos, que tras revisión, 20 artículos fueron incluidos finalmente en la revisión rápida. Las intervenciones eficaces centradas en la familia en la UCI suelen incluir varios componentes clave: intercambio de Información y comunicación, participación familiar en la atención, apoyo emocional y psicológico, colaboración y asociación. Con respecto a los resultados en salud de los pacientes se identificaron los siguientes: reducción de la incidencia de complicaciones, mejora de la recuperación funcional, mejor estado de salud incluyendo una menor morbilidad y una mejor calidad de vida. En cuanto al impacto en los familiares se identificó: mayor satisfacción con la atención recibida, reducción de la ansiedad y el estrés, mejor bienestar psicológico. Los instrumentos validados para medir el grado de participación y satisfacción familiar fueron: el Family Satisfaction in the ICU (FS-ICU), el Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) y el Family Engagement Measure (FAME).

Discusión/conclusión

Las intervenciones centradas en la familia tienen el potencial de mejorar significativamente las tasas de recuperación de los pacientes y la satisfacción familiar en la UCI. Los componentes clave de una intervención eficaz incluyen el intercambio de

información, la participación familiar en la atención, el apoyo emocional y psicológico, y la colaboración entre los profesionales de la salud y las familias. Sin embargo, es necesario abordar desafíos como la falta de protocolos estandarizados, la resistencia de los profesionales de la salud y las barreras organizativas para garantizar una implementación exitosa.

Autores/as

Jiménez García VM, García Ruiz R, Santana Berlanga NR, Gutiérrez Martínez Á, González Caro MD, Reguera Carrasco C, Arroyo Muñoz FJ, Fernández García E, Barrientos Trigo S. Intervenciones centradas en la familia y mejora de resultados en salud de pacientes en UCI adultos. Una revisión rápida. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025

Referencias

- ¹ Marshall AP, Van Scoy LJ, Chaboyer W, Chew M, Davidson J, Day AG, et al. A randomised controlled trial of a nutrition and a decision support intervention to enable partnerships with families of critically ill patients. *J Clin Nurs*. 2023;32(17-18):6723-42.
- ² Gray TF, Kwok A, Do KM, Zeng S, Moseley ET, Dbeis YM, et al. Associations Between Family Member Involvement and Outcomes of Patients Admitted to the Intensive Care Unit: Retrospective Cohort Study. *JMIR Med Inform*. 1 de junio de 2022;10(6):e33921
- ³ Joo, Youngshin, Jang, Yeonsoo, Kwon, Oh Young. Contents and effectiveness of patient- and family-centred care interventions in adult intensive care units: A systematic review. *Nurs Crit Care*. enero de 2024;29(6):1290-302
- ⁴ Goldfarb M, Debigaré S, Foster N, Soboleva N, Desrochers F, Craigie L, et al. Development of a Family Engagement Measure for the Intensive Care Unit. *CJC Open*. 5 de agosto de 2022;4(11):1006-11
- ⁵ Kifell J, Slobod D, Lewis KB, Goldfarb M. Direct Observation of Family Engagement Practice in a Cardiovascular Intensive Care Unit. *J Patient Exp*. 28 de marzo de 2025;12:23743735251330463
- ⁶ Nasr Abd-elsamea Mohamed Nasr N, Elsayed Abdelmotalb S, Abdallah Attia Elsaid Elhanafy A. Effect of Family Involvement in Patient Care on Preventing Intensive Care Units Acquired Weakness. *Egypt J Health Care*. 1 de marzo de 2021;12(1):1201-16
- ⁷ Bohart S, Møller AM, Andreasen AS, Waldau T, Lamprecht C, Thomsen T. Effect of Patient and Family Centred Care interventions for adult intensive care unit patients and their families: A systematic review and meta-analysis. 2022 [citado 2 de junio de 2025]; Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2631859466>
- ⁸ Haines KJ. Engaging Families in Rehabilitation of People Who Are Critically Ill: An Underutilized Resource. *Phys Ther*. 1 de septiembre de 2018;98(9):737-44
- ⁹ Marshall AP, Ridley EJ, Chapple L anne S. Engaging family members in nutrition care during recovery from critical illness. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. marzo de 2025;28(2):167-73
- ¹⁰ Wong P, Redley B, Digby R, Corroya A, Bucknall T. Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study. *Aust Crit Care*. 1 de julio de 2020;33(4):317-25

Implementación de un listado de verificación para la transferencia de información en el cambio de turno de enfermería

Maillo de Pablo, R. E.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Cambio de turno de enfermería Listado de verificación Transferencia de información Comunicación

Resumen

INTRODUCCIÓN

El cambio de turno de enfermería, es un momento crítico en la transferencia de información. Un registro específico para transferir la misma información, evita errores de interpretación y omisión. Por ello, llevamos a cabo un estudio con los siguientes objetivos

OBJETIVOS

Generales

-Implementar un listado de verificación (LV), para mejorar la comunicación entre los profesionales de enfermería (PE), y favorecer la continuidad de cuidados dados a los pacientes de la Unidad.

Específicos

- Consensuar con todo el equipo el contenido del LV
- Comprobar la adherencia, cumplimentación del LV y de ítems específicos.
- Valorar contenido y eficacia de los ítems del LV post implementación.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo los objetivos, se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal, desde 1/5/2024 a 31/9/2024 en Unidad de hospitalización de Oncología. Fueron incluidos los PE y pacientes de la Unidad. Quedaron excluidos aquellos pacientes ingresados por un periodo inferior a 7 h

Las variables estudiadas fueron:

- Cumplimentación del LV
- Cumplimentación o no de cada ítem
- Valoración del LV por los profesionales de enfermería

El análisis de los resultados se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando la media para las variables que seguían una distribución normal, y para las variables discretas, frecuencias y porcentajes. Se utilizó también una Escala Likert para la valoración del LV por los PE. Los datos se recogen en un registro Excel específico para este estudio. (v16.16.27 201012)

RESULTADOS

Se crea un LV según modelo IDEAS de transferencia del paciente en el cambio de turno, adaptado a la Unidad de Oncología. Contiene 12 ítems consensuados por los profesionales de enfermería, que recogen información sobre el paciente (valoración enfermera, cuidados realizados y pendientes de realizar, tipo de patología oncológica, motivo de ingreso, tipo de acceso venoso,). Así mismo, se crea también una escala Likert de 13 ítems para que los profesionales de enfermería puedan valorar el contenido del LV

Se incluyeron en el estudio, los LV cumplimentados y recogidos por los PE en turno de mañana, tarde y noche en ese periodo de tiempo

- El porcentaje de cumplimentación del LV fue del 100%
- La valoración de los PE fue favorable respecto a los ítems recogidos en el LV y sus características
- El 71.5 % de los profesionales, consideran que debe mantenerse el LV.
- Los ítems que no se cumplimentaron con más frecuencia fueron Mucosa oral 97 % y estado de la piel 92 %
- El ítem "dolor" se cumplimentó al 100%

DISCUSION

La implementación del LV en la Unidad, ha sido útil para:

- Estandarizar el traspaso de información sobre el paciente en el cambio de turno de enfermería, reduciendo la pérdida de información relevante y errores por omisión
- Consensuar entre los PE los ítems que debe recoger el LV (oxigenación, alimentación, mucosa oral, eliminación, piel, movilidad, drenajes, dolor, sedación, acceso venoso, tipo de aislamiento y pruebas diagnósticas pendientes)
- Detectar déficit de recogida de información en ítems como mucosa oral y piel que ha impedido planificar cuidados específicos
- Registrar presencia o no de dolor y efectividad de la analgesia, ya que es un síntoma importante a controlar en el paciente oncológico

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Acciones de mejora del LV incluyendo nuevos ítems: alergias, transfusiones sanguíneas, hemocultivos extraídos

Insistir en la mejora del registro de ítems importantes para la valoración enfermera y planificación de cuidados, como mucosa oral y piel

Autores/as

Autores: Maíllo de Pablo, Ruth Esther. Rihuete Galve, Maribel. López Jiménez. Raúl Implementación de un listado de verificación para la transferencia de información en el cambio de turno de enfermería, en XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid 2025

Referencias

¹ Delgado Morales R. IDEAS para mejorar la transmisión de la información clínica. REMI (2013):13/4)

² The Joint Commission, Joint Commission Internacional (2007 Mayo) Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del Paciente. (Vol 1, solución 3). 2007 mayo (acceso 22 agosto de 2018)

Formación en eutanasia: percepciones de los/as estudiantes de enfermería tras la entrada en vigor de la ley reguladora.

Arreciado Marañón, A.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Formación, Estudiantes de Enfermería, Eutanasia

Resumen

OBJETIVO. Explorar la percepción de los/as estudiantes de enfermería de cuarto curso sobre su formación teórico-práctica en eutanasia tras la entrada en vigor de la ley.

MÉTODOS. Estudio cualitativo descriptivo con entrevistas individuales semiestructuradas llevado a cabo en el Departamento de Enfermería de una universidad pública de Cataluña. Participaron estudiantes de cuarto curso de enfermería (2022-2023), seleccionados/as mediante muestreo intencional con perfiles variados en sexo, edad, creencias religiosas, experiencia como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y contacto con situaciones de eutanasia durante los Prácticums. Análisis intencional con codificación temática.

RESULTADOS. Se entrevistó a catorce estudiantes, ocho mujeres y seis hombres, de entre 21 y 49 años. Diez se declararon no creyentes, cuatro cristianos católicos y uno evangélico protestante. Dos estudiantes tuvieron alguna experiencia de eutanasia durante sus prácticas clínicas y ninguno a nivel personal. Los hallazgos principales fueron: 1) Confusión conceptual y falta de formación teórico-práctica. Los/as estudiantes verbalizan dificultades para diferenciar la eutanasia de otros procesos relacionados con la muerte asistida. Además, perciben una clara falta de formación teórico-práctica sobre eutanasia. 2) Relevancia de la experiencia práctica en la aparición de dilemas éticos. Los/as estudiantes que en sus prácticas clínicas se enfrentaron a este tipo de situaciones observaron el conflicto, los dilemas éticos y el cuestionamiento profesional. Además, los enfrentó a ellos mismos con el sufrimiento humano, generándoles dilemas éticos y desafiando sus propias creencias y concepciones sobre la vida, la muerte o el sufrimiento.

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA. La falta de formación señalada por los/as estudiantes también es recogida por la literatura entre las enfermeras, especialmente en países donde su práctica no es legal pero también en aquellos otros donde sí lo es y las profesionales la necesitan para mejorar la gestión y enfoque del proceso eutanásico. No obstante, la entrada en vigor de la Ley Orgánica de regulación de Eutanasia en 2021 es tan reciente que es posible que los contenidos en eutanasia no estuvieran plenamente integrados en los estudios de grado en el momento de recogida de datos y que los/as estudiantes no hubieran podido observar su aplicación en las prácticas clínicas. Por otro lado, la práctica clínica resulta clave para la reflexión ética de los estudiantes y les permite explorar sus sentimientos y creencias sobre la muerte, un aprendizaje difícilmente adquirible con la teoría. Las implicaciones para la práctica orientan, en el ámbito docente, al fortalecimiento de la formación teórico-práctica con estrategias que fomenten la reflexión ética y emocional de los/as futuros profesionales. Asimismo, en coordinación con el ámbito asistencial, se destaca la importancia de promover las prácticas clínicas como entornos clave para el aprendizaje, especialmente en relación con procesos complejos como la eutanasia.

Autores/as

Arreciado Marañón, Antonia; Biurrun-Garrido, Ainoa; Mirabet Moral, Claudia; Navarrete-Reyes, Laura; Feijoo-Cid, Maria. Formación en eutanasia: percepciones de los/as estudiantes de enfermería tras la entrada en vigor de la ley reguladora. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Arreciado Marañón A, García-Sierra R, Busquet-Duran X, Tort-Nasarre G, Feijoo-Cid M. Nursing students' attitude toward euthanasia following its legalization in Spain. *Nurs Ethics*. 2024;32 (2): 412-423. doi:10.1177/09697330241238342
- ² Cao W, Li C, Zhang Q, Tong H. Perceptions on the current content and pedagogical approaches used in end-of-life care education among undergraduate nursing students: a qualitative, descriptive study. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):1-9. doi:10.1186/s12909-022-03625-y
- ³ Crusat-Abelló E, Fernández-Ortega P. Nurses knowledge and attitudes about euthanasia at national and international level: A review of the literature. *Enferm Clin*. 2021;31(5):306-13. doi:10.1016/j.enfcli.2021.01.004

⁴ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de Marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado. 2021 Marzo 25;72:35133-50. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>

⁵ Parra Jounou I, Triviño-Caballero R, Cruz-Piqueras M. For, against, and beyond: healthcare professionals' positions on Medical Assistance in Dying in Spain. *BMC Med Ethics*. 2024;25(1):69. doi:10.1186/s12910-024-01069-1

⁶ Pesut B, Greig M, Thorne S, Storch J, Burgess M, Tishelman C, et al. Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. *Nurs Ethics*. 2020;27(1):152-67. doi:10.1177/0969733019845127

⁷ Wilson M, Wilson M, Edwards S, Cusack L, Wiechula R. Role of attitude in nurses' responses to requests for assisted dying. *Nurs Ethics*. 2021;28(5):805-17. doi:10.1177/0969733020966777

Jornada de difusión BPSO® en la Universidad: una estrategia para fomentar la implicación de los estudiantes en la práctica basada en la evidencia

GONZÁLEZ TORRENTE, S.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: implantación, buenas prácticas, universidad, enfermeras, BPSO

Resumen

Introducción

El programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO®) es una iniciativa internacional impulsada por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) cuyo objetivo es implantar, mantener y evaluar Guías de Buenas Prácticas en el ámbito sanitario.

Actualmente, la mayoría de instituciones sanitarias del Servei de Salut de les Illes Balears (IBSalut) forman parte de esta iniciativa. Para garantizar su continuidad y expansión, se consideró clave organizar una jornada de difusión dirigida a los estudiantes universitarios, con el objetivo de dar a conocer el programa BPSO® y despertar su interés por formar parte de esta iniciativa una vez se incorporen al ámbito profesional.

Objetivo

Dar a conocer el Programa BPSO y sus guías de Buenas Prácticas a los estudiantes de enfermería y fisioterapia mediante la organización de una Jornada de difusión.

Evaluar el nivel de satisfacción de los estudiantes participantes y su interés en futuras vinculaciones al programa.

Metodología

Diseño: Descriptivo Observacional

Periodo de estudio: Septiembre 2024

Ámbito: La jornada se realizó en las 3 sedes de la UIB (Mallorca, Menorca e Ibiza).

Población: estudiantes de enfermería y fisioterapia.

Descripción de la iniciativa: La jornada se enmarca en una estrategia de visibilización del Programa BPSO, orientada a sensibilizar y acercar la implantación de guías de buenas prácticas a futuros profesionales.

Fue organizada por Host-Illes Balears en colaboración con la Universitat de les Illes Balears (UIB), y contó con la participación de instituciones sanitarias de la comunidad autónoma, implicadas en el programa (Hospital de Manacor, Hospital Comarcal de Inca, Hospital Universitario Son Llàtzer, Hospital Universitario Son Espases, la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca y el Área de Salud de Menorca).

Durante la jornada, se montaron 11 stands (uno por cada guía, más el general de BPSO), en formato de feria, en los que se ofrecían actividades interactivas diseñadas para profundizar en el conocimiento de las guías y en el trabajo que desarrollan los profesionales en la comunidad. Estas actividades, alejadas de los formatos docentes tradicionales, buscaban fomentar un aprendizaje activo, con el alumnado en un rol protagonista.

Para vincular la jornada al currículum académico, se diseñó un "pasaporte" que los estudiantes debían ir sellando al completar cada actividad. La obtención de los sellos estaba asociada a la evaluación en diferentes asignaturas.

Recogida de datos: Se elaboró una hoja de registro para recoger las siguientes variables: número de participantes, sede universitaria, tipo de estudios y stands visitados. Además, se diseñó una encuesta de satisfacción en línea, elaborada ad hoc, para valorar la experiencia de los estudiantes y su posible interés en futuras colaboraciones con el programa.

Análisis: Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables.

Resultados

Asistieron a la jornada un total de 613 estudiantes (539 enfermería y 74 fisioterapia), distribuidos entre las 3 sedes universitarias: 507 en Mallorca, 49 en Menorca y 57 en Ibiza. Los stands más visitados fueron: acceso vascular con 16,1% (n=99), lactancia materna 14,84% (n=91) e higiene de manos 8,6% (n=53).

Se obtuvieron 112 respuestas en la encuesta de satisfacción. El 94% de los encuestados valoró de manera favorable la claridad de la información presentada en los stands de las Guías de Buenas Prácticas. Asimismo, destacaron la accesibilidad de los contenidos y la utilidad de la información, lo que facilitó una comprensión efectiva de las prácticas abordadas.

En cuanto al interés futuro, el 87% manifestó su disposición en participar en futuros proyectos relacionados con las Guías de Buenas Prácticas y el programa BPSO.

Además, el 65 % de los participantes expresó su deseo de colaborar en el futuro como impulsores del programa BPSO®. No obstante, un 38,3 % indicó que necesitaría información adicional antes de asumir dicho compromiso.

Conclusiones

La jornada de difusión del programa BPSO® registró un alto nivel de participación activa por parte de los estudiantes, así como un elevado grado de interés en futuras colaboraciones con el programa. Estos resultados refuerzan su valor como estrategia para sensibilizar y captar a futuros profesionales comprometidos con la práctica basada en la evidencia.

La experiencia subraya la importancia de continuar promoviendo este tipo de iniciativas, que permiten acercar la implementación de Guías de Buenas Prácticas al entorno académico. Actividades como esta favorecen desarrollo de competencias, promueven la interacción con profesionales en activo y fortalecen su implicación en proyectos de impacto en la salud de la población. Además, contribuyen a consolidar una base sólida para la continuidad y sostenibilidad del programa BPSO® a largo plazo.

Tras los resultados obtenidos con la organización de la jornada se acordó con la universidad repetir esta iniciativa anualmente.

Autores/as

González Torrente, Susana; Bendito Barber, Clara; Zaforteza Lallemand, Concepción; Orvay Vázquez, Elena; Moreno Mulet, Cristina; Martínez Andreu, Sonia. Jornada de difusión BPSO® en la Universidad: una estrategia para fomentar la implicación de los estudiantes en la práctica basada en la evidencia. XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Quiñoz-Gallardo, M.D. (2023). Efectividad del Programa de implantación de guías de práctica CCEC/BPSO® sobre la valoración del riesgo y la prevención de las lesiones por presión. (Tesis Doctoral Inédita). Universidad de Sevilla, Sevilla.
- ² Quiñoz-Gallardo, M. D. Jiménez, E. G., Trigo, S. B., & Porcel-Gálvez, A. M. (2021). Implantación del programa "Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados" en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Revista española de salud pública, (95), 34.
- ³ González-María, E., Moreno-Casbas, M. T., Albornos-Muñoz, L., Grinspun, D., Moreno-Casbas, T., Abad-Sanz, C., ... & Vallés-García, S. (2020). Implantación de Guías de buenas prácticas en España a través del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. Enfermería Clínica, 30(3), 136-144

¿Influye la nacionalidad de la madre en el tipo de lactancia al recién nacido?

MARTIN ROCA, L.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: lactancia materna, nacionalidad, inmigración, breastfeeding, immigrant

Resumen

Objetivo

Valorar si la nacionalidad de la madres influye en el tipo de lactancia del recién nacido durante los primeros meses de vida.

Métodos

Se realiza una recogida de datos de todos los recién nacidos en dos unidades de Atención Primaria del municipio de Eibar; UAP Eibar y UAP Torrekua del 1/10/2023 al 31/10/2024. Las variables analizadas fueron la nacionalidad de la madre (agrupadas en europeas, africanas, latinoamericanas y asiáticas) y el tipo de lactancia (materna exclusiva, mixta o artificial) al alta hospitalaria, a los dos meses y a los seis meses.

Se realiza el contraste de hipótesis con la prueba chi-cuadrado en el programa estadístico SPSS 29.

Resultados

Observamos que, de forma general, hay diferencias significativas entre la nacionalidad de la madre y el tipo de lactancia que recibe el recién nacido al alta hospitalaria, a los dos y seis meses de vida.

Mujeres europeas versus latinoamericanas: No se observaron diferencias significativas en el tipo de lactancia en ningún momento.

Mujeres europeas versus africanas: Sí se encontraron diferencias significativas en el tipo de lactancia al alta hospitalaria, a los dos meses y a los seis meses de vida.

Mujeres europeas versus asiáticas: Se hallaron diferencias significativas en el tipo de lactancia al alta hospitalaria y a los dos meses. Sin embargo, esta diferencia dejó de ser estadísticamente significativa a los seis meses.

Discusión y conclusiones

Nuestros resultados sugieren que, si bien la OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, existen variaciones significativas en las prácticas de lactancia según el origen geográfico de la madre. Confirmamos que no hay diferencias notables entre madres europeas y latinoamericanas, pero sí entre madres europeas y africanas. Para las madres europeas y asiáticas, se observaron diferencias iniciales que se atenúan a los seis meses. No obstante, las conclusiones sobre el grupo asiático son limitadas debido al pequeño tamaño de la muestra.

Autores/as

Martín L, Diego M, Zenarruzabeitia M, Sanz O, Larrinaga U, Anguiano I. *¿Influye la nacionalidad de la madre en el tipo de lactancia al recién nacido? En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.*

Referencias

¹ Dennis C-L, Shiri R, Brown HK, et al. Breastfeeding rates in immigrant and non-immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr.* 2019;15:e12809. doi: 10.1111/mcn.12809

² Gil-Estevan MD, Solano-Ruiz M del C. Diversidad cultural y lactancia materna: prestación de cuidados culturalmente competentes en Atención Primaria. *Index de Enfermería.* 2017;26:162-5.

³ Iglesias-Rosado B, Leon-Larios F. Breastfeeding experiences of Latina migrants living in Spain: a qualitative descriptive study. *Int Breastfeed J.* 2021;16:76. doi: 10.1186/s13006-021-00423-y

⁴ Martín-Ramos S, Domínguez-Aurrecoechea B, García Vera C, et al. Lactancia materna en España y factores relacionados con su instauración y mantenimiento:

estudio LAYDI (PAPenRed). Aten Primaria. 2024;56:102772. doi: 10.1016/j.aprim.2023.102772

⁵ Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, et al. [Prevalence of factors associated with the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life in the INMA birth cohort in Gipuzkoa]. Gac Sanit. 2015;29:4-9. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.08.002

⁶ Oves Suárez B, Escartín Madurga L, Samper Villagrasa MP, et al. Inmigración y factores asociados con la lactancia materna. Estudio CALINA. An Pediatr (Barc). 2014;81:32-8. doi: 10.1016/j.anpedi.2013.09.008

⁷ Izumi C, Trigg J, Stephens JH. A systematic review of migrant women's experiences of successful exclusive breastfeeding in high-income countries. Matern Child Nutr. 2024;20:e13556. doi: 10.1111/mcn.13556

⁸ Río I, Castelló-Pastor A, Del Val Sandín-Vázquez M, et al. Breastfeeding initiation in immigrant and non-immigrant women in Spain. Eur J Clin Nutr. 2011;65:1345-7. doi: 10.1038/ejcn.2011.121

Implementación de la Guía de Buenas Prácticas sobre Acceso Vascular de la RNAO en la OSI Debarrena

SAN MARTIN LASUEN, I.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Vascular access devices Patient safety Evidence-based practice

Resumen

El presente proyecto tuvo como objetivo mejorar la calidad y seguridad en el manejo de los dispositivos de acceso vascular, mediante la implementación de la Guía de Buenas Prácticas de la RNAO (2021), en el marco del programa internacional BPSO. Para ello, se creó un equipo especializado (EIAV) en canalización ecoguiada y cuidado integral de accesos, se activaron alertas en el sistema eOsabide para prevenir complicaciones por fármacos vesicantes, y se desarrollaron acciones formativas continuas. Además, se monitorizaron indicadores de calidad y se aplicaron modelos de implementación como el Knowledge to Action y el Leading Change Toolkit. Como resultado, se logró una reducción de la tasa de complicaciones del 18 % al 15 % entre 2023 y 2024, un aumento en las interconsultas al EIAV y un mayor uso de líneas medias. Estos avances reflejan una mejora significativa en la seguridad del paciente y en la práctica clínica basada en evidencia.

Autores/as

San Martin Lasuen I, Lodoso González M, Rúa Blagietto J. Implementación de la Guía de Buenas Prácticas sobre Acceso Vascular de la RNAO en la OSI Debarrena. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

1. OBJETIVO

Mejorar la calidad y seguridad en el manejo de los dispositivos de acceso vascular, mediante la implementación de la Guía de Buenas Prácticas de la RNAO (2021) en el marco del programa internacional BPSO.

2. MÉTODOS

2.1 Creación del Equipo de Infusión y Acceso Vascular (EIAV)

Especializado en canalización de accesos vasculares mediante ecografía. Donde el equipo se distingue por su enfoque altamente especializado, particularmente en la canalización de accesos vasculares mediante ecografía, una técnica que, al ser guiada por imágenes, optimiza la precisión y la seguridad a la vez que aumenta el éxito al primer intento y la calidad del procedimiento. Paralelo a ello, el EIAV asume la responsabilidad integral del cuidado y mantenimiento de dichos dispositivos durante el tiempo que sean necesarios. Entre las actividades clave del equipo se incluyen la vigilancia de los accesos para evitar complicaciones como infecciones, trombosis, flebitis o malfuncionamientos del dispositivo. El personal también está encargado de la educación tanto al paciente como al personal de salud sobre las mejores prácticas en el cuidado de estos accesos.

2.2. Desarrollo de alertas en eOsabide

eOsabide es una herramienta utilizada por enfermeros, médicos y farmacéuticos para la prescripción y administración de medicación de forma segura y controlada. De forma que esta innovación tecnológica se enfoca particularmente en

identificar de manera temprana los tratamientos intravenosos irritantes y vesicantes, aquellos que tienen el potencial de causar daño tisular grave si se administran de forma inapropiada o extravasan fuera del vaso sanguíneo. Cada vez que un medicamento de este tipo es prescrito o administrado, el sistema eOsabide emite una alerta automática que resalta el riesgo asociado con dicho tratamiento. Esta notificación no solo informa sobre el peligro potencial, sino que también proporciona recomendaciones sobre el tipo de acceso vascular más adecuado, como el uso de catéteres centrales de acceso largo o técnicas específicas de infusión para evitar complicaciones. ç

2.3 Capacitación continua de los profesionales a través de sesiones formativas, comunicaciones electrónicas, reuniones de grupo y difusión de información. Acciones clave para asegurar que los profesionales de salud se mantengan actualizados y sigan las mejores prácticas en el manejo de accesos vasculares.

2.4 Monitorización de indicadores de calidad relacionados con la seguridad y manejo de dispositivos de acceso vascular. Esto implica el seguimiento de métricas clave, como la tasa de infecciones (flebitis, sepsis), complicaciones (extravasaciones, trombosis). Se utilizan herramientas digitales y plataformas de registros electrónicos para recopilar datos en tiempo real, facilitando la identificación de eventos adversos y la toma de decisiones rápidas. Además, las auditorías periódicas y el análisis de tendencias permiten ajustar los procedimientos y mejorar los estándares de atención.

2.5 Aplicación del modelo de transferencia de conocimiento “Knowledge to Action” (KTA) y del uso del “Leading Change Toolkit” para la implementación de prácticas basadas en evidencia .

El modelo KTA facilita la transformación del conocimiento en prácticas efectivas, adaptando la evidencia científica a las necesidades de los pacientes y ajustando las intervenciones a lo largo del tiempo para asegurar su eficacia y relevancia.

Por otro lado, el “Leading Change Toolkit” guía a los líderes en la gestión de cambios organizacionales, ayudando a superar barreras, movilizar recursos y comprometer al equipo de salud en el proceso de implementación, garantizando su sostenibilidad.

Ambos enfoques aseguran una implementación centrada en el paciente, que no solo es basada en evidencia, sino también sostenible a largo plazo, al promover la participación activa del equipo y el monitoreo constante de resultados.

3. RESULTADOS

3.1 Reducción de complicaciones

La tasa de retirada de dispositivos debido a complicaciones experimentó una mejoría significativa en el periodo 2023-2024. En 2023, esta tasa se situaba en un 18%, con picos que superaban el 22%, lo que reflejaba una proporción considerable de dispositivos retirados por complicaciones tales como infecciones, flebitis, extravasaciones y trombosis. Sin embargo, con la implementación de estrategias de mejora en la formación, la selección adecuada de dispositivos y el uso de tecnologías como la ecografía para una canalización más precisa, la tasa de retirada descendió al 15% en 2024. Este descenso no solo demuestra una mejora en la calidad de los procedimientos, sino también una reducción de riesgos para los pacientes.

El dato más destacado es que en ciertos periodos de 2024, la tasa de complicaciones alcanzó mínimos de 10%, lo cual es un indicador claro de la efectividad de las estrategias de prevención implementadas. La mejora en la gestión de accesos vasculares, junto con el uso de protocolos estandarizados para el cuidado y la monitorización de dispositivos, contribuyó significativamente a este éxito. Además, la mayor capacitación del personal y el fortalecimiento del trabajo en equipo en el cuidado de los accesos vasculares fueron elementos clave para lograr este resultado, ya que facilitaron una detección temprana de complicaciones y la intervención oportuna para reducir las tasas de retirada de dispositivos.

3.2 Incremento en el Uso de Recursos Especializados

Durante el mismo periodo, se registró un aumento notable en el número de interconsultas al Equipo de Infusión y Acceso Vascular (EIAV), lo que refleja una mayor confianza en los recursos especializados del hospital. Este incremento fue continuo, superando en ocasiones las 50 interconsultas mensuales. Este aumento puede interpretarse como una validación del valor agregado que ofrece el EIAV en la gestión de accesos vasculares, tanto en pacientes con necesidades de

tratamientos complejos como aquellos con riesgos elevados de complicaciones.

3.3 Mayor uso de líneas medias

Otro resultado importante fue el incremento significativo en el uso de líneas medias. El número de líneas medias canalizadas se duplicó en comparación con años anteriores, alcanzando más de 40 canalizaciones mensuales en algunos periodos de 2024. Este crecimiento es un indicativo de la preferencia creciente por este tipo de acceso vascular en lugar de las líneas centrales tradicionales, ya que las líneas medias ofrecen una opción menos invasiva, con una menor tasa de complicaciones y mayor facilidad de manejo a largo plazo.

4. DISCUSIÓN

La implementación de la guía RNAO ha mejorado los resultados clínicos, aumentando la seguridad del paciente y optimizando la toma de decisiones mediante un abordaje interdisciplinar y el uso de herramientas tecnológicas.

Referencias

¹ Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Care and maintenance to reduce vascular access complications: Clinical best practice guideline. Toronto (ON): RNAO; 2021.

² Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Best Practice Spotlight Organization (BPSO)® program: A partnership for quality improvement. Toronto (ON): RNAO; 2020.

³ Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof.* 2006;26(1):13-24.

⁴ Alexandrou E, Ray-Barruel G, Carr PJ, Frost SA, Inwood S, Higgins N, et al. Use of short peripheral intravenous catheters: characteristics, management, and outcomes worldwide. *J Hosp Med.* 2018;13(5):1-7.

Impacto del alojamiento conjunto en la satisfacción de madres lactantes

Pérez Cabañes, L.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Lactancia materna, Breastfeeding, Ingreso madre lactante, Alojamiento conjunto

Resumen

Impacto del alojamiento conjunto en la satisfacción de madres lactantes: un estudio observacional en una organización sanitaria.

AUTORES:

Pérez Cabañes Libia, Barrutia Feijoo Leire, Arriola Eguia Arantzazu, Arregui Aramendi Amagoia, Del Rio Martinez Patricia, Aristondo Natxiondo Ana Carmen, Eizaguirre Jauregui Naiara, Etxeberria Galarraga Nora.

INTRODUCCION Y JUSTIFICACIÓN:

El alojamiento conjunto madre-bebé se ha consolidado como una práctica beneficiosa para el establecimiento de la lactancia materna, el vínculo afectivo y la seguridad neonatal. En nuestro centro se ha implementado recientemente un protocolo específico para facilitar esta práctica. Con el fin de evaluar su impacto desde la perspectiva de las usuarias, se ha llevado a cabo una recogida de encuestas de satisfacción. Este estudio pretende analizar los resultados obtenidos, identificar áreas de mejora y valorar la percepción general del nuevo modelo de cuidados.

OBJETIVOS:

General:

Evaluar la percepción y el nivel de satisfacción de las madres lactantes respecto al protocolo de alojamiento conjunto.

Específicos:

Describir las características de las participantes (edad, tipo de parto, paridad, etc.).

Identificar aspectos del protocolo que contribuyen a una experiencia positiva.

Detectar posibles áreas de mejora en la implementación del alojamiento conjunto.

Comparar los niveles de satisfacción con experiencias previas (si se dispone de datos).

Analizar posibles asociaciones entre características clínicas/maternales y niveles de satisfacción.

MÉTODO:

Diseño del estudio

Tipo de estudio: Observacional, con componente descriptivo y analítico.

Población: Madres lactantes que participaron en el programa de alojamiento conjunto en el periodo del 7 de junio de 2023 al 6 de marzo de 2025, un total de 17 madres ingresadas junto a lactante.

Muestra: Número total de encuestas recogidas N=10

Instrumento de recogida de datos

Encuesta de satisfacción diseñada.

Variables: edad, paridad, tipo de parto, duración del alojamiento conjunto, tipo de lactancia, causa de ingreso, satisfacción general.

RESULTADOS:

En relación con el tipo de lactancia, se observó una distribución equilibrada entre lactancia materna exclusiva y lactancia mixta.

Respecto a la edad de los lactantes, en la mayoría de los casos el ingreso tuvo lugar durante el primer mes de vida.

En cuanto al tipo de ingreso, predominó el ingreso de carácter urgente, registrándose únicamente un caso programado. En este último, la madre fue informada previamente desde atención primaria sobre la posibilidad de ingresar acompañada de su recién nacido. En los demás casos, la información fue proporcionada en el servicio de urgencias. Cuando se requirió observación previa al ingreso en planta, se facilitó el alojamiento conjunto en un box especial habilitado para madre y bebe.

Se identificaron un par de casos en los que, a pesar de haber recibido la información sobre el protocolo de alojamiento conjunto, las madres decidieron no hacer uso del mismo debido a su estado de salud en el momento del ingreso.

La totalidad de las madres valoró de forma muy positiva la experiencia, manifestando haberse sentido acompañadas, apoyadas y tranquilas durante el periodo de hospitalización.

Entre las principales áreas de mejora identificadas, se señala la necesidad de reforzar el conocimiento del protocolo por parte del personal de áreas quirúrgicas. Asimismo, se sugiere asegurar, siempre que las condiciones clínicas de la madre lo permitan, la posibilidad de mantener el alojamiento conjunto durante todo el ingreso, o en su defecto, establecer un régimen de visitas que favorezca el vínculo materno y la continuidad de la lactancia.

Finalmente, las participantes recomendaron la elaboración de un folleto informativo que resuma de manera clara y accesible el protocolo, así como los recursos disponibles para las madres que decidan ingresar junto a su hijo.

CONCLUSIONES:

El presente estudio observacional ha permitido valorar de manera positiva el impacto del protocolo de alojamiento conjunto en la satisfacción de las madres lactantes. Los resultados reflejan una experiencia mayoritariamente satisfactoria, destacando el sentimiento de acompañamiento, seguridad y tranquilidad que las madres percibieron durante el ingreso hospitalario.

La implementación del alojamiento conjunto se ha revelado como una estrategia beneficiosa para favorecer el vínculo afectivo madre-bebé, así como para facilitar el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna. No obstante, se han identificado áreas de mejora, entre ellas la necesidad de reforzar la información y formación del personal sanitario, especialmente en servicios quirúrgicos, y la conveniencia de proporcionar materiales informativos accesibles para las

madres.

Asimismo, se pone de manifiesto la importancia de adaptar el protocolo a las condiciones clínicas de cada día, garantizando, siempre que sea posible, la permanencia conjunta de madre e hijo desde el ingreso.

Estos hallazgos subrayan la relevancia de seguir promoviendo modelos de cuidado centrados en la familia, que respondan a las necesidades emocionales y clínicas de las madres y sus bebés, y que contribuyan a una experiencia hospitalaria más humanizada y satisfactoria.

Autores/as

Pérez Cabañes Libia, Barrutia Feijoo Leire, Arriola Eguia Arantzazu, Arregui Aramendi Amagoia, Del Rio Martinez Patricia, Aristondo Natxiondo Ana Carmen, Eizaguirre Jauregui Naiara, Etxeberria Galarraga Nora. Impacto del alojamiento conjunto en la satisfacción de madres lactantes: un estudio observacional en una organización sanitaria. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ 1. El Parto es Nuestro. Ingreso hospitalario [Internet]. El Parto es Nuestro; [citado 2025 Jun 3]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
- ² 2. El Parto es Nuestro. Ingreso conjunto con el bebé cuando la paciente es la madre [Internet]. El Parto es Nuestro; [citado 2025 Jun 3]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
- ³ 3. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Guía de lactancia materna [Internet]. Asociación Española de Pediatría; [citado 2025 Jun 3]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/guia-lactancia-materna.pdf>
- ⁴ 4. Asociación Española de Pediatría. 201703-madres-lactantes-ingreso.pdf [Internet]. AEPed; [citado 2025 Jun 3]. Disponible en: <https://www.aeped.es/>
- ⁵ 6. La Razón. El ingreso madre-hijo en una misma habitación tiene ventajas para ambos [Internet]. La Razón; [citado 2025 Jun 3]. Disponible en: <https://www.larazon.es/>
- ⁶ 7. e-lactancia.org. Ingreso hospitalario materno y lactancia materna: ¿son compatibles? [Internet]. APILAM; [citado 2025 Jun 3]. Disponible en: <https://www.e-lactancia.org/>
- ⁷ 8. e-lactancia.org. Intervención quirúrgica materna y lactancia materna: ¿son compatibles? [Internet]. APILAM; [citado 2025 Jun 3]. Disponible en: <https://www.e-lactancia.org/>
- ⁸ 9. e-lactancia.org. Anestesia general y lactancia materna: ¿son compatibles? [Internet]. APILAM; [citado 2025 Jun 3]. Disponible en: <https://www.e-lactancia.org/>
- ⁹ 10. e-lactancia.org. Morfina y lactancia materna: ¿son compatibles? [Internet]. APILAM; [citado 2025 Jun 3]. Disponible en: <https://www.e-lactancia.org/>
- ¹⁰ Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Lactancia materna y salud mental [Internet]. saludmentalperinatal.es; [citado 2025 Jun 3]. Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/>

La enfermera escolar en la prevención y abordaje de la obesidad infantil: revisión sistemática

Salas Villaverde, L.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Enfermera escolar, obesidad infantil, prevención, promoción de la salud, intervención educativa, revisión sistemática.

Resumen

Objetivo:

Analizar la evidencia científica sobre el impacto de las intervenciones lideradas por enfermeras escolares en la prevención y el control de la obesidad infantil en el entorno educativo.

Diseño:

Revisión sistemática.

Método:

Se realizó una búsqueda en seis bases de datos electrónicas (PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, SciELO y LILACS), con un rango temporal de 2015 a 2025. Se utilizaron descriptores relacionados con obesidad infantil, promoción de la salud, y enfermería escolar. La selección de los estudios siguió los criterios PRISMA. Se incluyeron estudios de enfoque cuantitativo, cualitativo y mixto, siempre que cumplieran criterios metodológicos sólidos, evaluados mediante la herramienta CASPe.

Resultados:

Se incluyeron 15 artículos, que comprenden ensayos clínicos aleatorizados, estudios cuasiexperimentales, observacionales y cualitativos. Las intervenciones abordadas fueron heterogéneas, incluyendo programas presenciales, intervenciones digitales (como apps y software educativos), enfoques familiares, y actuaciones durante la pandemia. La mayoría mostraron efectos positivos en la reducción del IMC, la mejora de hábitos alimentarios y el aumento de la actividad física. Se identificaron también factores facilitadores, como el liderazgo de las enfermeras escolares, la implicación familiar y el uso de tecnología educativa. Las limitaciones más comunes fueron el tamaño reducido de muestra, la falta de seguimiento a largo plazo, y la escasa integración de las enfermeras en todos los centros escolares.

Discusión:

Los hallazgos de esta revisión sistemática muestran que la intervención de la enfermera escolar en programas de prevención de la obesidad infantil es especialmente eficaz cuando se estructura de forma prolongada e involucra activamente a la comunidad educativa.

En contraste, intervenciones breves o poco sistemáticas no logran cambios significativos en el comportamiento nutricional o el nivel de actividad física, lo que refuerza la necesidad de continuidad y refuerzo en el tiempo. Del mismo modo, se observaron resultados limitados cuando no se implicaba al entorno familiar ni se modificaba el ambiente alimentario.

Además, se evidenció que la efectividad de las intervenciones aumenta cuando se integran herramientas digitales educativas, como el uso de software interactivo mejoró significativamente el conocimiento en salud de los escolares o la aplicación de una intervención mHealth con resultados positivos sostenidos. Esto sugiere que la combinación de tecnología y acompañamiento profesional puede ser una vía prometedora, especialmente en población adolescente.

No obstante, persisten limitaciones estructurales importantes, como la desigual implantación de la figura de la enfermera escolar en el contexto español. A pesar del consenso sobre su potencial, existe una infrautilización de sus competencias, así como una falta de formación específica en salud comunitaria. Esta situación contrasta con la realidad de otros países como EE. UU. o Turquía, donde el rol está más integrado en el sistema educativo y ha mostrado mayor eficacia. Por otro lado, la

escasez de profesionales de enfermería a nivel mundial es un obstáculo para su implantación y promoción en centros escolares.

En este sentido, es necesario interpretar los resultados de forma contextualizada, reconociendo que la efectividad de las intervenciones no depende únicamente del profesional que las lidera, sino también del apoyo institucional, la continuidad, la cultura escolar y la implicación de las familias. Estas variables influyen en la viabilidad, la aceptación y el impacto de los programas.

Conclusión:

La evidencia respalda la eficacia de las intervenciones lideradas por enfermeras escolares en la lucha contra la obesidad infantil, aunque se necesitan estrategias más integradas, sostenidas en el tiempo e institucionalizadas, que incluyan la participación familiar, el uso de herramientas tecnológicas y el reconocimiento formal del rol de la enfermería en el contexto escolar.

Filiación:

La autora es integrante de uno de los grupos de investigación del proyecto NRC A5 y desempeña el puesto de Supervisora de Recursos Humanos del Hospital Universitario de Cabueñes (CAHU) en el Área V del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Autores/as

Salas Villaverde L. La enfermera escolar en la prevención y abordaje de la obesidad infantil: revisión sistemática. En XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Toledo: 2025

Referencias

- ¹ Bernedo García MC, Quiroga Sánchez E, García Murillo MA, Márquez Álvarez L, Arias Ramos N, Trevisson Redondo B. La necesidad de la Enfermería Escolar: una revisión integradora de la literatura. *Enferm Glob.* 2023;22(72):490-503. <https://doi.org/10.6018/eglobal.560501>
- ² Manzano-Felipe MÁ, Cruz-Cobo C, Bernal-Jiménez MÁ, Santi-Cano MJ. Effectiveness of a nurse-led mHealth approach in preventing obesity in adolescents: An intervention study. *J Res Nurs.* 2024;29(4-5):348-63. <https://doi.org/10.1177/17449871241236393>
- ³ Park J, ten Hoor G, Won S, Hwang G, Hwang S, Lau ST. Implementación de un programa de prevención de la obesidad en guarderías para familias vulnerables durante la pandemia de COVID-19: Lecciones para enfermeras escolares. *J Sch Nurs.* 2024. <https://doi.org/10.1177/105984052412>
- ⁴ Tsai S-Y, Tung Y-C, Huang C-M, Lee C-C. A family-based and mobile-assisted intervention for lifestyle behaviors in youths: A randomized controlled trial. *Res Nurs Health.* 2024;47(4):384-96. <https://doi.org/10.1002/nur.22374>
- ⁵ Tucker S, Lanningham-Foster LM. Nurse-led school-based childhood obesity prevention: Feasibility and effectiveness of a Let's Go! 5-2-1-0 program. *J Sch Nurs.* 2015;31(6):450-66. <https://doi.org/10.1177/1059840515574002>
- ⁶ Pbert L, Druker S, Gapinski MA, Magner R, Reed G, Allison J. A school nurse-delivered intervention for overweight and obese adolescents: A randomized controlled trial. *J Sch Nurs.* 2016;32(3):163-74. <https://doi.org/10.1177/1059840515622651>
- ⁷ Martil R, López A, Navarro M. Efectividad de una intervención educativa sobre hábitos de vida saludables en escolares. *Enferm Clín.* 2019;29(3):134-9. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.09.003>
- ⁸ Lovell CM. The 5-2-1-0 activity and nutrition challenge for elementary students: A new, promising, evidence-based initiative. *J Sch Nurs.* 2018;34(2):98-107. <https://doi.org/10.1177/1059840517689893>
- ⁹ Kubik MY, Story M, Rieland G, Polreis L. The SNAPSHOT program: A school nurse-led obesity intervention for children and families. *J Sch Nurs.* 2018;34(6):480-91. <https://doi.org/10.1177/1059840517699912>
- ¹⁰ Jaimovich S, Campos C, Bustos J, Campos MS, Lillo V, Herrera LM, et al. Efectos de una intervención online en conductas de autocuidado asociadas a la alimentación. *Enferm Glob.* 2015;(39):72-83.

Valoración del índice de masa corporal en pacientes con parálisis cerebral

Sánchez-Gutiérrez, M. E.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: antropometría, parálisis cerebral, evaluación nutricional, índice de masa corporal anthropometry, cerebral palsy, nutrition assessment, body mass index

Resumen

Introducción y objetivos

La parálisis cerebral (PC) conlleva requerimientos nutricionales específicos debido a sus necesidades energéticas aumentadas, por la espasticidad muscular y otras complicaciones. Además, el daño neurológico agrava el estado nutricional, especialmente en aquellos casos de mayor grado de afectación motora y cognitiva. Se estima que entre el 29 y 46% de estos pacientes presentan desnutrición, y alrededor del 23% experimentan retraso en el crecimiento (1).

El presente proyecto busca analizar si existe relación significativa entre el índice de masa corporal (IMC) y otras variables como son la edad, el sexo, el tipo de parálisis o el grado de afectación funcional.

Métodos

Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico, realizado en la Asociación para la Atención de las personas Afectadas de Parálisis Cerebral y Afines de Burgos (APACE).

Se incluyen en el estudio pacientes con PC atáxica y espástica, con grados de afectación funcional según la Gross Motor Function Classification System (GMFCS) del 1 al V y se recogen variables sociodemográficas, clínicas y mediciones antropométricas tomadas entre marzo y abril de 2025.

Los problemas de escoliosis, contracturas y espasticidad que sufren estos pacientes, impiden tomar las medidas antropométricas en bipedestación en la gran mayoría de los casos (2). El peso se ha realizado mediante báscula para grúa eléctrica, con el paciente vestido, y descontando 400 gramos por el peso de la ropa.

Para la determinación de la estatura, se ha usado el modelo de fórmula regresiva de Belmonte, de 2012 (3), a partir de la altura de la tibia. Se ha elegido este método porque esta calculado para población europea, en concreto española y portuguesa.

La ecuación para hombres es: Longitud (cm) = 85,807+ (2,279*T), mientras que en mujeres es: Longitud (cm) = 78,812+(2,339*T). Donde T significa longitud de la tibia; la cual comprende la distancia entre el borde superior medial tibial y el borde inferior del maléolo medial. Para medirlo se ha usado cinta métrica rígida.

Todas las mediciones se han realizado por dos investigadores, y se han repetido en caso de diferencia significativa.

La comparación entre variables se realizó en función de su naturaleza, utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences.

Resultados

Con un reclutamiento del 80%, la muestra final es de 30 adultos, 22 hombres y 8 mujeres, entre 24 y 71 años, con una media de edad de 46. Según GMFCS, el 26.7% están en estadios I-III y el 73.3% en estadios IV-V. El 60% tiene PC espástica y el 40% espástica.

El 87.5% de las mujeres presenta delgadez y el 12.5% obesidad de tipo I. Entre los hombres, 27.3% presenta delgadez, 27.3% normopeso, 22.7% sobrepeso y 22.7% obesidad.

Mediante la Correlación bivariable de Pearson, se obtiene que no hay correlación entre el IMC y la edad.

Mediante la prueba de T de Student se comprueba que entre las variables sexo

e IMC sí que existe correlación, siendo las mujeres las que tienden a tener un IMC más bajo en comparación con los hombres.

Con el mismo test se comparan las variables GMFCS con IMC pudiéndose observar una tendencia a un mayor IMC cuanto mayor sea el grado de afectación.

Al contrastar el diagnóstico de parálisis con el IMC se obtuvo una relación significativa entre la parálisis espástica y un mayor IMC.

Discusión

Los pacientes con grados mayores de GMFCS, presentan un IMC más alto, en parte porque suelen tener percentiles de estatura más bajos, debido a los problemas motores y de crecimiento (4).

La parálisis tipo atáxica al afectar la movilidad y coordinación, puede llevar a disminución de la ingesta alimentaria e incrementa el gasto energético al realizarse movimientos ineficaces, lo que puede explicar una pérdida de peso o desnutrición, y por tanto un IMC alterado o bajo. En cuanto a la PC espástica, que cursa con un mayor tono muscular y limitación de la movilidad, hay estudios que sugieren que el IMC no es concluyente, pues puede haber mayor porcentaje de grasa que de masa magra, en concreto en el tronco y extremidades (5).

Aunque casi el 90% de las mujeres presenta delgadez y el 50% de los hombres, está en niveles de normopeso y sobrepeso, en estos pacientes la distribución de masa magra y masa grasa difiere con el resto de la población, por lo que habría que incluir otras pruebas de antropometría, para valorar el porcentaje de masa grasa y por tanto la situación nutricional (6).

Sistematizar un método alternativo para medir la situación nutricional en estos pacientes, pudiendo utilizar IMC y porcentaje de masa grasa, facilitará su valoración y seguimiento (7).

Conclusiones

No hay correlación entre el IMC y la edad.

Las mujeres presentan un IMC más bajo que los hombres.

Se observa una tendencia a un mayor IMC cuanto mayor es el grado de afectación funcional.

Los pacientes con PC espástica presentan mayor IMC que los pacientes con PC atáxica.

Autores/as

Sánchez-Gutiérrez ME, Fernández Ruiz A, Soto Cámara R, Alonso Martínez L, Sierra Medina MJ, Barriuso Ortega S. Valoración del índice de masa corporal en pacientes con parálisis cerebral. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

¹ Pérez-Moya GD, Ochoa-Lares AA, González-Lugo S, Pérez-Moya GD, Ochoa-Lares AA, González-Lugo S. Asociación entre función motora gruesa y desnutrición en niños con parálisis cerebral que acuden a un centro de rehabilitación. Revista mexicana de pediatría [Internet]. 2019 Jul [cited 2025 Sep 29];86(4):138-42. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000400138&lng=es&nrm=iso&tng=es

² Duran I, Martakis K, Rehberg M, Semler O, Schoenau E. Anthropometric measurements to identify undernutrition in children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2025 Sep 29];61(10):1168-74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30927269/>

³ Belmonte Expósito MT. Estimación de la estatura a través de la tibia en población española contemporánea [Internet]. [Granada]: Universidad de Granada; 2012 [cited 2025 Sep 29]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=61353&info=resumen&idioma=SPA>

⁴ Snik DAC, de Roos NM. Criterion validity of assessment methods to estimate body composition in children with cerebral palsy: A systematic review. Ann Phys Rehabil Med [Internet]. 2021 May 1 [cited 2025 Sep 29];64(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31158551/>

⁵ Amezcua G. MV, Hodgson B. MI. Estimación de la talla en la evaluación nutricional de niños con parálisis cerebral. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2014 [cited 2025 Sep 29];85(1):22-30. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000100003&lng=es&nrm=iso&tng=es

⁶ Finbråten AK, Martins C, Andersen GL, Skranes J, Brannsether B, Júlíusson PB, et al. Assessment of body composition in children with cerebral palsy: a cross-sectional study in Norway. Dev Med Child Neurol [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2025 Sep 29];57(9):858-64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25827868/>

⁷ García-Íñiguez JA, García-Contreras AA, Vásquez-Garibay EM, Larrosa-Haro A. Gurka vs Slaughter equations to estimate the fat percentage in children with cerebral palsy from all subtypes and levels of the Gross Motor Function Classification System. *BMC Pediatr* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 Sep 29];23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37005565/>

¿Qué piensan nuestros mayores sobre el derecho a la eutanasia?

Galvín González, M.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Eutanasia, cuidados paliativos, testamento vital, personas mayores.

Resumen

Objetivos: La progresión de las patologías crónicas deriva en estados de terminalidad y en ese contexto, las personas pueden querer decidir sobre la fase final de su vida, teniendo acceso a una muerte digna según sus propias creencias. Este hecho ha derivado en España a la promulgación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. La norma ampara a los enfermos que se encuentren en un contexto de sufrimiento físico o psíquico grave, constante e insoportable, causado por una enfermedad grave e incurable o por una condición crónica e invalidante que afecte gravemente la autonomía. El objetivo principal de este estudio fue describir la percepción que tienen las personas mayores sobre el derecho a solicitar una muerte digna amparado en la Ley.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal con metodología cuantitativa. El cuestionario, de elaboración propia, fue heteroadministrado. La muestra estuvo formada por personas mayores de 60 años residentes en los municipios de Madrid (distrito de Villaverde) y Soto del Real, reclutados a través de un muestreo de conveniencia. Se recogieron variables sociodemográficas y la opinión y conocimientos sobre temas como la eutanasia y los cuidados paliativos.

Resultados: Se obtuvieron 60 cuestionarios que evidenciaron que los participantes presentaban un limitado conocimiento sobre este derecho. Respecto al concepto de eutanasia, la muestra se encontraba polarizada con un 30% posicionado muy a favor frente a un 18% en contra y un 25% muy en contra. Además, se objetivó una notable confusión sobre términos relacionados como ayuda para morir, testamento vital o instrucciones previas. El 56,7% de los encuestados consideraba que ayuda para morir y eutanasia eran sinónimos. Por último, el 63% de los mayores encuestados no contemplaba un carácter complementario para los cuidados paliativos y la eutanasia.

Discusión: El estudio muestra el conocimiento de las personas mayores de 60 años sobre el derecho a solicitar la eutanasia. Se destaca la dificultad de hablar sobre el tema, especialmente en este grupo de edad, probablemente debido a sus valores culturales arraigados en la tradición. Los resultados muestran que existe confusión sobre términos clave como eutanasia, ayuda para morir o testamento vital. Además, para los sujetos de la muestra, los profesionales sanitarios no son una fuente segura de información en relación a la Ley. Las enfermeras del entorno comunitario deberían estar capacitadas para resolver las dudas e incertidumbres que tenga un potencial usuario de esta prestación.

Esta falta de claridad también afecta a profesionales sanitarios, lo que puede influir en la calidad de la atención y la confianza de los pacientes.

La información transmitida sobre la eutanasia, especialmente en los medios de comunicación, suele ser imprecisa, lo que contribuye a la ambigüedad del tema. Además, el tabú en torno a la muerte dificulta el debate, limitando el conocimiento sobre la Ley y la autonomía del paciente.

Autores/as

Galvín González M (ORCID:0009-0000-1612-4591), Hernández Ovejero H (ORCID: 0009-0004-8669-4599), Godoy Bielsa JM (ORCID: 0009-0005-2118-0615), Gallardo Tienza T, Ballesteros Asenjo S, González León N, Miana Ortega M (ORCID: 0000-0002-0801-8024), Chamorro Rebollo E (ORCID: 0000-0001-8515-5471). *¿Qué piensan nuestros mayores sobre el derecho a la eutanasia? En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.*

Referencias

¹ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2021 Mar 25 [citado 2025 Sep 30];(72):34037-49. Disponible en: BOE

² Ministerio de Sanidad. Manual de buenas prácticas en eutanasia [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 2025 Jun 2]. Disponible en: Ministerio de Sanidad

³ Ezpeleta Esteban L, Bellostas Muñoz P, Coll Ercilla MP, García Ruiz A, Gormaz RP, Marro Hernández D. Los cuidados paliativos y la eutanasia en España. Dónde nos encontramos [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación; 2022 Sep 2 [citado 2025 Jun 2]. Disponible en: Revista Sanitaria de Investigación

⁴ Ministerio de Sanidad. Informe de evaluación anual 2023 sobre la prestación de ayuda para morir [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado 2025 Jun 2]. Disponible en: Ministerio de Sanidad

⁵ Ruiz-Rico-Ruiz Catalina. El derecho fundamental a eutanasia y su problemática constitucional en España. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2023 [citado 2025 Jun 02]; (58): 129-146. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872023000200008&ing=es. Epub 25-Sep-2023. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2023.58.39850>.

⁶ Pujol-Fontrudona G, Domínguez-Roldán JM, Valero R. Ley orgánica de regulación de la eutanasia: conocimiento e implicación de los médicos en España tras un año de su aplicación [Internet]. Revista Clínica Española; 2023 [citado 2025 Jun 2];223(10):596-603. Disponible en: Dialnet

Satisfacción del paciente en el triaje de urgencias: evaluación y factores asociados en un hospital de referencia en Girona

Vidal Serrat, M.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Triage, Satisfacción del paciente, Urgencias hospitalarias, Calidad asistencial

Resumen

Introducción: El triaje es la herramienta utilizada para gestionar la priorización en el acceso a la atención en los centros hospitalarios. Es considerado un indicador de calidad en términos de riesgo-efectividad por los servicios de urgencias hospitalarias (1). Asimismo, la percepción del usuario sobre la calidad del servicio recibido constituye un indicador clave de calidad asistencial (2).

Objetivo: Analizar el nivel de satisfacción de las personas atendidas en el triaje del servicio de urgencias de un hospital de referencia en Girona y los factores asociados.

Metodología: Estudio transversal. Participaron personas mayores de 18 años atendidas en urgencias (n=50). Muestreo no probabilístico consecutivo. Aprobado por el CEIM (2025.018). Se administró un cuestionario ad-hoc con variables sociodemográficas, nivel de urgencia y tiempos de atención, y se evaluó la satisfacción percibida mediante la escala Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS) adaptada por Cuñado Barrio et al (3) a la población española.

Resultados: (N=50) La media de edad fue de 56,12 años (DE:2,72), con un 48% de mujeres y 52% de hombres. Los motivos más frecuentes de consulta fueron problemas osteomusculares (16%) y malestar general (10%). El triaje clasificó al 60% como urgentes (n=30), 36% menos urgentes (n=18) y 4% no urgentes (n=2). La mediana de tiempo en triaje es de 2,57 minutos.

El 58% valoró positivamente la competencia profesional (n=29). El 88% refirió no estar satisfecho con la información recibida. No hay relación entre la edad y la satisfacción de los cuidados enfermeros en el triaje ($r=-0,095$; $p=0,513$); los hombres puntúan mayor satisfacción que las mujeres ($\chi^2(1) = 4,059$, $p = 0,043 < 0,05$). Entre el tiempo total de atención y la satisfacción con la competencia profesional ($\rho = 0,442$; $p = 0,001$), con la información proporcionada ($\rho = 0,523$; $p < 0,001$) y con la satisfacción global ($\rho = 0,455$; $p < 0,001$) se hallaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas.

Discusión: La competencia enfermera fue el elemento mejor valorado por los usuarios en concordancia con los hallazgos reportados en la literatura (4). Se identificó una necesidad de mejora en la calidad y cantidad de información proporcionada durante el triaje, lo cual representa un área prioritaria de intervención para optimizar la experiencia del paciente en esta fase inicial del proceso asistencial. Los resultados evidenciaron la existencia de factores que influyen de manera diferenciada en la experiencia del servicio según el género (2,4). Asimismo, se identificó que, a mayor tiempo de atención y a mayor nivel de urgencia, la satisfacción reportada fue más alta. Estos hallazgos contrastan con el estudio de Park et al. (4), donde se asoció un mayor tiempo de atención con menor satisfacción. Esta diferencia puede estar relacionada con aspectos como la percepción individual, las expectativas respecto al servicio o la calidad de la interacción comunicativa durante la atención, tal como lo describe la literatura (5).

Implantación en la práctica diaria: Analizar la satisfacción de las personas atendidas proporciona conocimientos para mejorar los índices de calidad de los servicios prestados a las personas usuarias de los servicios de urgencias hospitalarios.

Autores/as

Vidal Serrat, M.; Rascon Hernán, C. Satisfacción del paciente en el triaje de urgencias: evaluación y factores asociados en un hospital de referencia en Girona. XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Referencias

- ¹ Landaluce AF. Triage de Urgencias de Pediatría. SEUP [Internet]. 2023 [citado 24 de mayo de 2025]; 1-13. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/protocolos_seup_2023_final.pdf
- ² López-Hernández M, Puig-Llobet M, Miralles-Sánchez L, Moreno-Mateos Y, Galimany-Masclans J. Satisfacción de los pacientes sobre la atención recibida por la enfermera en el triaje de los servicios de urgencias hospitalarios: revisión de alcance. *Enferm Clínica*. septiembre de 2024;34(5):408-15.
- ³ Cuñado BA, García CB, Rial CC, García LF. Spanish validation of an instrument to measure the quality of nursing care in hospital emergency units. *J Nurs Care Qual*. abril de 2002;16(3):13-23.
- ⁴ Park KH, Yoon M, Kim MS. Factors influencing patient satisfaction in an emergency department based on the use of the Korea Triage and Acuity Scale. *Korean J Adult Nurs*. 2022;34(3):338.
- ⁵ Abidova A, Alcantara Da Silva P, Moreira S. Predictors of patient satisfaction and the perceived quality of healthcare in an emergency department in Portugal. *West J Emerg Med*. 27 de enero de 2020;21(2):391-403.

Automatización de Datos de Enfermería con Herramientas Básicas: Innovación para la Gestión Asistencial

Cañizares Sánchez, R.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Datos de enfermería Automatización Benchmarking clínico Gacela Care Transformación digital

Resumen

Objetivo:

Desarrollar un sistema automatizado y accesible para la visualización y análisis de datos clínicos de enfermería registrados en Gacela, utilizando herramientas básicas que permitan medir indicadores clave, facilitar el benchmarking y optimizar la toma de decisiones en gestión sanitaria.

Métodos:

Se llevó a cabo un estudio observacional y descriptivo con enfoque cuantitativo, basado en el análisis de registros clínicos anonimizados extraídos de la plataforma Gacela en diversas unidades hospitalarias.

Se diseñó una herramienta de visualización inspirada en Power BI, pero desarrollada exclusivamente con aplicaciones básicas de Microsoft (Excel y PowerPoint con automatizaciones, adaptada a las necesidades de enfermería. Esta solución permitió la automatización del procesamiento de datos y la generación dinámica de informes.

Se aplicaron técnicas estadísticas básicas para el análisis de los indicadores seleccionados, asegurando el cumplimiento de los criterios éticos y de protección de datos.

Resultados:

La automatización de los datos provenientes de Gacela permitió disminuir significativamente el tiempo destinado a tareas administrativas, reduciendo los errores humanos y mejorando la trazabilidad. La herramienta desarrollada facilitó la identificación de tendencias, variabilidad asistencial y áreas de mejora en diferentes unidades. Se obtuvo una mejora en la eficiencia en la elaboración de informes periódicos, que ahora pueden generarse en minutos en lugar de horas. Además, se promovió una cultura de análisis de datos entre el personal de enfermería, con un aumento en el uso autónomo de información estructurada para la toma de decisiones clínicas y de gestión.

Discusión:

Este proyecto evidencia que es posible innovar y transformar la explotación de datos en enfermería utilizando recursos tecnológicos accesibles, sin requerir software especializado o inversiones. La herramienta desarrollada, de uso intuitivo y replicable, ha mejorado la gestión interna de información, contribuyendo a una atención más segura y eficiente. Sus implicaciones para la práctica incluyen la mejora en la toma de decisiones estratégicas. La experiencia demuestra que la transformación digital en enfermería puede iniciarse desde herramientas básicas, siempre que exista una visión de mejora continua.

Autores/as

Cañizares Sánchez R, Rubio Gil FJ, Cortés Pinilla R, Corral Pedraz OM, Rodríguez Calderón M, Sánchez Romero V. Automatización de datos de enfermería con herramientas básicas: innovación para la gestión asistencial. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados; 2025; Madrid.

Referencias

¹ Rodríguez-González M, Martín-Barbero ML, Romero-García M, Sánchez-Gómez LM. Herramientas de business intelligence aplicadas a la gestión clínica. Rev Calid Asist. 2022;37(1):15-21.

² González-María E, Menéndez-González S, López-Alonso SR, García-Pascual A. Integración de sistemas de información para la mejora de la gestión en enfermería. Enferm Clin. 2021;31(5):273-8.

Estrategia de Prevención del Maltrato a la Mujer mediante Guía BPSO® en Urgencias de Alta Complejidad

Cañizares Sánchez, R.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: Urgencias hospitalarias Guía BPSO® Detección precoz Buenas prácticas clínicas

Resumen

Objetivo:

Evaluar la efectividad y aceptación de la implantación de la Guía de Buenas Prácticas BPSO® en la detección y abordaje del maltrato contra la mujer en un servicio de urgencias hospitalarias de alta complejidad.

Métodos:

Se realizó un estudio de implantación con enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo), que comprendió varias fases:

1. Formación multidisciplinar del personal sanitario (enfermería, medicina, técnicos y gestión) en la identificación precoz de maltrato y en la aplicación práctica de la guía BPSO®.
2. Revisión y adaptación de protocolos y circuitos clínicos del servicio de urgencias, incorporando un cribado sistemático a todas las mujeres atendidas.
3. Implantación de un sistema de registro y seguimiento de los casos detectados, incluyendo derivación a recursos de atención especializada.
4. Evaluación del impacto mediante análisis de indicadores como número de casos identificados, adherencia a la guía y percepción del personal.

Resultados:

La intervención permitió evidenciar un total de 26 casos confirmados de maltrato y 7 casos con sospecha, reflejando un aumento relevante en la detección tras la implantación de la guía. El cribado sistemático permitió detectar una media mensual de 10 casos sospechosos o confirmados en los primeros meses. El proyecto fue liderado por el equipo de Enfermería y se evidenció una alta efectividad, destacándose la utilidad de la formación y los protocolos estructurados como elementos facilitadores en la respuesta asistencial.

Discusión:

La implantación de la guía BPSO® de maltrato en un entorno de urgencias, tradicionalmente no contemplado en este tipo de intervenciones, ha demostrado ser una estrategia viable y efectiva. Se fortaleció la coordinación interinstitucional, mejorando la respuesta integral hacia las víctimas. Estos resultados respaldan la posibilidad de extender esta práctica a otros servicios de urgencias hospitalarias, especialmente en contextos de alta demanda, como parte de una estrategia sostenida de prevención del maltrato a la mujer. Su continuidad permitirá evaluar impactos a largo plazo, ajustar intervenciones y reforzar la formación y el compromiso institucional como ejes clave de la mejora asistencial.

Autores/as

Cañizares Sánchez R, Corral Pedraz OM, Ruano García C, Sánchez Matesanz S, Rodríguez Calderón M, Sancho Martín A, Martín González E, Gómez García H, Sánchez Romero V. Estrategia de prevención del maltrato a la mujer mediante Guía BPSO® en urgencias de alta complejidad. En: XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados; 2025; Madrid.

Referencias

¹ 1 Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Woman Abuse: Screening, Identification, and Initial Response. Toronto: RNAO; 2012. Available from: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/woman-abuse-screening-identification-and-initial-response>

² 2 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Domestic violence and abuse: multi-agency working. Public health guideline [PH50]. London: NICE; 2014. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph50>

³ 3 World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.

Organization; 2013.

⁴ 4 De la Fuente L, López S. Intervención sanitaria en mujeres víctimas de violencia de género: revisión de guías clínicas. Rev Esp Salud Pública. 2020;94:e202006071.

⁵ 5 González E, Martínez A. Protocolos de actuación ante la violencia de género en urgencias hospitalarias: una revisión sistemática. Enferm Clin. 2021;31(6):383-9. doi:10.1016/j.enfcli.2021.04.011.

Comparación de la terapia eléctrica transcraneal online y offline en pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo mayores de 65 años

Ramos Ruiz, A.

Tipo de comunicación: Poster

Palabras clave: tDCS, deterioro cognitivo, neuroplasticidad.

Resumen

Objetivo. El objetivo principal es comparar la eficacia de la aplicación de la terapia eléctrica transcraneal, en concreto, la terapia eléctrica transcraneal de corriente directa (tDCS), aplicada en modalidad online en la función cognitiva, interacciones sociales y actividades de la vida diaria en pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo leve mayores de 65 años frente a la modalidad offline.

Métodos. Se propone un ensayo clínico experimental controlado aleatorio longitudinal prospectivo. Los participantes que cumplan los criterios de inclusión (tener más de 65 años, estar empadronado en la comunidad de Madrid, tener como hospital de referencia el Hospital Universitario Gregorio Marañón y ser diagnosticado de deterioro cognitivo leve) serán sometidos a 26 sesiones realizadas durante seis meses. El estudio cuenta con una muestra de 98 participantes divididos en dos grupos de forma aleatoria. Cada grupo contará con 49 participantes que serán sometidos a la terapia descrita. La intervención se realizará en una consulta de enfermería del hospital mencionado anteriormente. Al grupo control se le aplicará tDCS sin recibir ninguna estimulación a nivel neurológico. Al paciente se le aplicarán dos electrodos impregnados en solución salina. La parte anódica del electrodo será colocada en la corteza temporal lateral izquierda y la parte catódica en la corteza frontal. La intensidad de la corriente será de 2 miliamperios y la terapia durará 30 minutos. Al grupo experimental se le aplicará tDCS a la vez que recibe una estimulación cerebral, en concreto, se entregará al sujeto un crucigrama diseñado exclusivamente para ello y deberá realizarlo en el tiempo establecido. Cada crucigrama será diferente en cada sesión. Durante el proceso se valorará la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria evaluada mediante la escala de Lawton y Brody, esta será evaluada el día en el que se firme la hoja de información y de consentimiento informado, se volverá a evaluar en la sesión número 13 y tras finalizar la última sesión, es decir, la sesión número 26. La función cognitiva será valorada mediante la escala MoCA el mismo día en el que se firme la hoja de consentimiento informado y de información al paciente, y tras haber realizado las 26 sesiones. Finalmente, las interacciones sociales del individuo serán valoradas mediante una escala Likert realidad ad-hoc, esta será evaluada el día en el que se firme la hoja de consentimiento informado y la hoja de información y tras finalizar todas las sesiones. Otras variables a evaluar serán la edad, sexo, nivel educativo y coeficiente intelectual. La recogida de datos se realizará mediante un cuestionario de variables sociodemográficas y personales, así como los datos obtenidos en las escalas mencionadas anteriormente. Se ha diseñado un cronograma en el que se determinará el momento en el que se presentará la solicitud al comité de ética, se seleccionarán a los paciente, realizarán las sesiones y el análisis de datos entre otros. Posteriormente se hará un análisis descriptivo permitiendo así analizar de forma independiente cada variable y un análisis inferencial

permitiendo una comparación de variables. Finalmente, en cuanto a los

aspectos éticos cabe destacar que se realizarán las intervenciones respetando los derechos humanos recogidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Todos los sujetos recibirán la hoja de información sobre el proceso, el consentimiento informado y el profesional encargado de realizar el estudio deberá firmar la hoja de confidencialidad de datos.

Discusión. El deterioro cognitivo es una de las enfermedades neurodegenerativas más comunes en España que afecta al envejecimiento de los seres humanos. Cada año entre el 15-20% de las personas mayores de 60 años acuden a centros de atención primaria por deterioro cognitivo. Consiste en una etapa que, si no se trata de forma precoz, evolucionará a demencia y puede causar una mayor pérdida de las funciones cognitivas. En España el 8 y 15% de los diagnosticados de deterioro cognitivo leve evolucionan a demencia. Es por ello que el objetivo de todo profesional sanitario es detectar de forma rápida las manifestaciones clínicas de la enfermedad y diagnosticarlo en una fase temprana. A lo largo del tiempo, con la implicación de neurocientíficos, se han desarrollado nuevas terapias que ayudan favorablemente a retrasar su aparición. Una de ellas es la denominada terapia eléctrica transcraneal (tES), la cual ha demostrado múltiples beneficios a nivel cognitivo mejorando la función cerebral en diferentes aplicaciones y patologías. El siguiente ensayo favorecerá una gran implicación para la práctica clínica. En primer lugar, permitirá utilizar la tDCS como terapia para mejorar la función cognitiva, favorecer las interacciones sociales del paciente y mejorar su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Por otro lado, se favorecerá la autonomía del paciente y se evitará la sobrecarga del cuidador. Finalmente, fomentar el papel autónomo y especializado del profesional enfermero mediante la formación de estas profesiones y contribuir al desarrollo de nuevas tecnologías aplicadas en tratamientos clínicos del deterioro cognitivo.

Autores/as

Ane Ramos, Andrada Cristoltan. Comparación de la terapia eléctrica transcraneal online y offline en pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo mayores de 65 años. XXIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: 2025.

Autor principal: Ane Ramos

Segundo autor: Andrada Cristoltan

Referencias

- ¹ 1. Solomons CD, Shanmugasundaram V. Transcranial direct current stimulation: A review of electrode characteristics and materials. *Medical Engineering & Physics*. 2020 Noviembre; 85(1).
- ² 2. Živanović M, Paunović D, Konstantinović U, Vulić K, Bjekić J, Filipović SR. Los efectos de la estimulación transcraneal de corriente directa (tDCS) prefrontal vs. parietal en línea y fuera de línea sobre la memoria de trabajo verbal y espacial. *Neurobiology of Learning and Memory*. 2021 Marzo; 179(2).
- ³ 3. Knotkova H, Hamani C, Sivanesan E, Le Beuffe MFE, Moon JY, Cohen SP, et al. Neuromodulation for chronic pain. *The Lancet*. 2021 mayo; 397(10289).
- ⁴ 4. Herbety G, Duffau H. Revisando la anatomía funcional del cerebro humano: hacia una teoría de metaredes de las funciones cerebrales | *Physiological Reviews*. 2020 enero; 100(4).
- ⁵ 5. Anderson ND. State of the science on mild cognitive impairment (MCI). *CNS Spectrums*. 2019; 24(5).
- ⁶ 6. Morya E, Monte-Silva K, Bikson M, Esmailpour Z, Biazoli CE, Fonseca A, et al. Beyond the target area: an integrative view of tDCS-induced motor cortex modulation in patients and athletes. *J Neuroeng Rehabil*. 2019 noviembre; 16(6).
- ⁷ 7. Woods A, Antal A, Bikson M, Boggio P, Brunoni A, Celnik P, et al. A technical guide to tDCS, and related non-invasive brain stimulation tools. *Clin Neurophysiol*. 2016 Febrero; 127(7).
- ⁸ 8. Xu Y, Zhu J, Liu H, Qiu Z, Wu M, Liu J, et al. Effects of Tai Chi combined with tDCS on cognitive function in patients with MCI: a randomized controlled trial. *Front Public*

Health. 2023 agosto; 11(8).

⁹ DaSilva AF, Datta A, Swami J, Kim DJ, Patil PG, Bikson M. Cortex Modulation in Migraine and Pain. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2022 febrero; 3(9).